



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Ciências Humanas – IH

Departamento de Serviço Social – SER

**BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA - BPC PARA PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA (2007 – 2017)**

Brasília – DF

Julho de 2019

Maria Cláudia Timo Moura

**Benefício de Prestação Continuada - BPC para Pessoas com Deficiência: Uma
análise da política (2007 – 2017)**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade de Brasília como
requisito parcial para a obtenção do grau
de bacharel em Serviço Social.**

**Orientadora: Prof. Dr.^a Livia Barbosa
Pereira**

Brasília – DF

Julho de 2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Cláudia Timo Moura

**Benefício de Prestação Continuada - BPC para Pessoas com Deficiência: Uma
análise da política (2007 – 2017)**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.^a Livia Barbosa Pereira (orientadora) – SER/UnB

Ms. Ana Paula do Nascimento Barros – Assistente Social da Secretaria de Estado de
Justiça e Cidadania (SEJUS)

Prof. Ms. Liliane Alves Fernandes – UFG

Para Gabriel Timo Moura, meu irmão e melhor amigo. Obrigada por me ensinar a conviver, desde sempre, com a deficiência e por me mostrar que impedimentos de natureza física, mental, intelectual e/ou sensorial não tornam as pessoas inferiores ou menos importantes. Obrigada também por ser o meu maior orgulho, por fortalecer sempre o meu desejo de luta por uma sociedade mais justa e igualitária e por deixar o mundo mais belo com a sua existência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Universidade de Brasília - UnB, que me proporcionou estruturas, extensão, materiais e professores para que eu tivesse a melhor formação possível.

Agradeço a todos os professores de todos os departamentos que passei. Cada um de vocês contribuiu significativamente para que eu pudesse me tornar uma estudante e pessoa melhor.

Agradeço a Larissa Timo Almeida, que, de bom grado, leu todo o meu trabalho e me auxiliou com críticas construtivas na escrita e análise dos dados.

Agradeço a professora Livia Barbosa, minha orientadora. Obrigada por me acompanhar durante esse um ano, por me acalmar, me orientar e pelas críticas tão pertinentes e pontuais.

O indivíduo só pode ser verdadeiramente livre em uma sociedade livre. Daqui deriva uma nova concepção sobre o desenvolvimento da personalidade. Se o projeto burguês o procura no fortalecimento e na expansão da individualidade isolada, para o marxismo o desenvolvimento da personalidade sempre significa riqueza de vida, riqueza de relações humanas as mais diversas, campo aberto para diferentes atividades humanas. O ser humano que oprime e explora outros seres humanos – direta ou indiretamente – não pode, mesmo individualmente, ser livre.

Ana Maria de Vasconcelos

RESUMO

Diante de tantas mudanças significativas ao longo de vinte e três anos de existência do Benefício de Prestação Continuada - BPC, o presente estudo visa traçar um panorama descritivo e analítico dos dez últimos anos do BPC (2007 – 2017) para pessoas com deficiência. Os métodos utilizados para a análise do objeto de pesquisa foram quantitativos e o levantamento de dados foi feito a partir das informações contidas nos Anuários Estatísticos da Previdência Social (2009 – 2017), que reúnem dados referentes ao respectivo ano analisado juntamente com os dados dos dois anos anteriores, de onde foram coletados dados de benefícios assistenciais concedidos, ativos, emitidos, cessados e das perícias médicas. Com base nas diferenças quantitativamente observáveis ao longo do tempo, a concessão, emissão e cessação do BPC para a pessoa com deficiência, nos últimos dez anos, passou por poucas oscilações, não se verificando grande ampliação do benefício assistencial.

Palavras-chave: Análise; Benefício de Prestação Continuada; Deficiência.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Modelo Integrador da Funcionalidade Humana segundo a CIF..... | 20 |
| Figura 2. Parâmetros de avaliação de pessoa com deficiência requerente do BPC, a partir do formulário “Avaliemos” | 22 |
| Figura 2. Distribuição numérica e percentual de acordo com o tipo de conclusão do exame, entre o modelo proposto e o vigente, considerando o total de avaliados..... | 24 |
| Figura 4. Tabela de combinações possíveis de resultado da Avaliação médico-pericial e social da incapacidade para a vida independente e para o trabalho..... | 27 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1. Quantidade de amparos assistenciais concedidos - Brasil (2007 – 2017)..... | 36 |
| Gráfico 2. Quantidade de amparos assistenciais concedidos, segundo as Grandes Regiões (2007 – 2017)..... | 37 |
| Gráfico 3. Distribuição proporcional de amparos concedidos, por idade e sexo do segurado (2007 – 2017)..... | 38 |
| Gráfico 4. Quantidade de amparos assistenciais concedidos, por idade do segurado (2007 – 2017)..... | 39 |
| Gráfico 5. Quantidade de amparos assistenciais emitidos (2007 – 2017)..... | 40 |
| Gráfico 6. Valor (R\$ Mil) de amparos assistenciais emitidos (2007 – 2017)..... | 41 |
| Gráfico 7. Quantidade de amparos assistenciais emitidos, segundo as Grandes Regiões (2007 – 2017)..... | 42 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 8. Quantidade de amparos assistenciais ativos, segundo as Grandes Regiões (2007 – 2017)..... | 43 |
| Gráfico 9. Distribuição proporcional de amparos ativos, por idade e sexo do segurado (2007 – 2017)..... | 44 |
| Gráfico 10. Quantidade de amparos assistenciais cessados, segundo as Grandes Regiões (2007 – 2017)..... | 46 |
| Gráfico 11. Distribuição proporcional de amparos cessados, por idade e sexo do segurado (2007 – 2017)..... | 47 |
| Gráfico 12. Distribuição proporcional de exames médico-periciais, por tipo de conclusão (2007 – 2017)..... | 49 |
| Gráfico 13. Quantidade de exames médico-periciais contrários à concessão do BPC (2007 - 2017)..... | 50 |
| Gráfico 14. Quantidade de exames médico-periciais favoráveis à concessão do BPC (2007 - 2017)..... | 50 |
| Gráfico 15. Quantidade de exames médico-periciais favoráveis à concessão do BPC, segundo as Grandes Regiões (2007 - 2017)..... | 51 |

LISTA DE SIGLAS

AEPS – Anuário Estatístico da Previdência Social

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CGU – Controladoria-Geral da União

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DATAPREV – Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

DIB – Data de Início do Benefício

GTI – Grupo de Trabalho Interministerial

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICF – *International Classification of Functioning, Disability and Health*

ICIDH – *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MPS – Ministério da Previdência Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

SUIBE – Sistema Único de Informações de Benefícios

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS

CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal

Sumário

| | |
|---|----|
| Introdução | 13 |
| Capítulo 1 – BPC para Pessoas com Deficiência | 17 |
| Capítulo 2 – Resultados | 33 |
| 2.1 Metodologia..... | 33 |
| 2.2 – Descrição e Análise dos Dados do BPC | 36 |
| 2.2.1 – Benefícios Concedidos | 36 |
| 2.2.2 – Benefícios Emitidos..... | 40 |
| 2.2.3 – Benefícios Ativos | 43 |
| 2.2.4 – Benefícios Cessados | 46 |
| 2.2.5 – Perícias Médicas | 48 |
| Considerações Finais | 52 |
| Referências Bibliográficas..... | 55 |

Introdução

O presente estudo visa traçar um panorama descritivo e analítico, de 2007 a 2017, do Benefício de Prestação Continuada - BPC, no que se refere às concessões, emissões e cessações do benefício assistencial para pessoas com deficiência. Segundo dados da Controladoria-Geral da União – CGU (2018), o Benefício de Prestação Continuada – BPC saiu de um contingente de 349 mil beneficiários em 1996, ano em que entrou em vigor, para 4,5 milhões de beneficiários em 2017. No que se refere aos beneficiários com deficiência, nesse mesmo período, eram 304 mil (88% do total, em 1996) e foram para 2,5 milhões (56% do total, em 2017), cerca de 730% de aumento. Para os idosos, foram 42 mil (12% do total, em 1996) beneficiários e passaram para 2 milhões (44% do total, em 2017), mais de 4700% de aumento.

Esses mesmos dados indicam que, em termos financeiros, o gasto com o benefício no ano de 1996 foi de, aproximadamente, R\$ 173 milhões e em 2017 foi de, aproximadamente, R\$ 50 bilhões. Para o Ministério do Desenvolvimento Social - MDS (2018), essas variações são decorrentes do aumento no contingente de beneficiários atendidos, mas também da correção/valorização do salário mínimo no período.

Esse crescimento na quantidade de beneficiários e nos gastos financeiros com o benefício é fruto de mudanças que ocorreram e ainda ocorrem nos critérios de elegibilidade ao BPC. Previsto pela Constituição Federal de 1988, regulamentado em 1993 pela Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS e em vigor desde 1996, o BPC é um benefício de transferência de renda que garante o valor de um salário mínimo a idosos(as) e/ou a pessoas com deficiência, desde que se encontrem em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Em 1996, o BPC era destinado a pessoas com deficiência e a pessoas idosas com setenta anos ou mais, que comprovassem não possuírem meios de se sustentarem ou de serem sustentados por suas famílias, desde que a renda *per capita* familiar fosse inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Nesse período, deficiência se caracterizava pela incapacidade de ter uma vida independente e de trabalhar (BRASIL, 1993).

As pessoas com deficiência também deveriam se submeter aos exames médicos periciais, que atestariam a deficiência com base apenas em aspectos biológicos, e assegurariam o benefício. Porém o modelo de avaliação biomédico e a definição de deficiência eram muito subjetivos, pois não especificavam o que era deficiência, ficando a critério do médico perito, a partir dos seus conhecimentos e julgamentos, decidir quais corpos com impedimentos acessariam o BPC (BIM e MUROFUSE, 2014).

Isso fez com que, por muito tempo, umas das maiores dificuldades do BPC fosse delimitar quais critérios e quais deficiências seriam elegíveis ou não ao benefício (BARBOSA, DINIZ e SANTOS, 2010). Apesar dessas dificuldades, esse modelo de concessão do BPC, legalmente, se manteve por onze anos, até 2007.

Com o Decreto nº 6.214/2007 tem-se a primeira grande mudança nos critérios de elegibilidade ao BPC. Com ele, foi alterada a idade mínima para que idosos(as) pudessem acessar o benefício assistencial (passando para 65 anos), além disso, também foram incorporadas as diretrizes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF no modelo de avaliação da deficiência. Ainda assim, esse novo modelo só foi implementado em 2009.

A partir disso, as pessoas com deficiência passaram a ser avaliadas por perícias sociais realizadas por assistentes sociais, que analisavam os fatores ambientais, pessoais e sociais; e por perícias médicas, realizadas por médicos peritos, que qualificavam a deficiência nas estruturas e funções do corpo. Sendo assim, as duas perícias avaliariam as limitações do desempenho de atividade e as restrições sociais para a concessão do BPC (BRASIL, 2007).

Dessa forma, deficiência passa a ser entendida como o resultado das relações entre um corpo com impedimentos e a sociedade, com barreiras e espaços excludentes. No entanto, a inclusão das diretrizes da CIF não foi capaz de conceituar de forma objetiva *deficiência*, visto que o conceito continuava vinculado à incapacidade para o trabalho e para à vida independente.

Contudo, em 2008, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi ratificada pelo Congresso Nacional, estabelecendo um novo marco legal para as

políticas voltadas à deficiência. Pela Lei nº 12.435/2011¹, Lei nº 12.470/2011² e com base na Convenção da ONU, foi definido constitucionalmente o significado de deficiência. Pessoa com deficiência é aquela que tem impedimentos de longo prazo e que, em interação com barreiras, não tem a sua participação efetiva, em condições de igualdade, na sociedade com as demais pessoas (BRASIL, 2011a).

Essa mudança na legislação representou um avanço considerável na inserção de pessoas com deficiência em políticas públicas, mas, ao mesmo tempo, essas leis também delimitaram a deficiência, ao estabelecer que impedimentos de longo prazo fossem aqueles que produzissem efeitos de, no mínimo, dois anos (BRASIL, 2011).

Na perspectiva dos avanços das políticas pública destinadas às pessoas com deficiência, a Lei nº 13.146/2015 instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que tem como objetivo assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pela pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania (BRASIL, 2015).

Por fim, com a publicação do Decreto nº 8.805/2016³ o modelo para concessão e manutenção do BPC sofreu novas alterações. Foi estabelecido que, para a concessão, manutenção e revisão do benefício, os(as) beneficiários(as) e/ou requerentes obrigatoriamente deveriam estar inscritos no Cadastro Único – CadÚnico.

Diante de tantas mudanças significativas ao longo de vinte e três anos de existência do benefício, o objetivo deste estudo é analisar o perfil de concessão do BPC a pessoas com deficiência, mediante análise dos Anuários Estatísticos da Previdência

¹ “Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social” (BRASIL, 2011a).

² “[...] altera os arts. 20e 21 e acrescenta o art. 21-A à Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica de Assistência Social, para alterar as regras do benefício de prestação continuada da pessoa com deficiência [...]” (BRASIL, 2011b).

³ “Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007” (BRASIL, 2016).

Social (2009 – 2017)⁴, e dos Boletins Estatísticos da Previdência Social, de 2007 a 2017. A análise considerará as mudanças que o benefício assistencial sofreu via Decretos ou legislações pertinentes. Como objetivo específico, o trabalho busca observar se, nesse período, houve um padrão para concessões, emissões e cessações no BPC, ou se, devido a algum evento, esse padrão se rompeu.

Com base nas diferenças quantitativamente observáveis ao longo do tempo, a concessão, emissão e cessação do BPC para a pessoa com deficiência, nos últimos dez anos, passou por poucas oscilações, não se verificando grande ampliação do benefício assistencial. A pergunta de pesquisa que norteou este estudo foi: Qual foi, de 2007 a 2017, o padrão de concessão, emissão e cessação do Benefício de Prestação Continuada – BPC para pessoas com deficiência?

O trabalho está dividido em dois capítulos: o primeiro capítulo aborda o BPC para pessoas com deficiência, trazendo um apanhado histórico da evolução do benefício e as principais mudanças e impactos que ocorreram com as alterações da política nos últimos dez anos (2007 – 2017); e o segundo capítulo, dividido em duas partes, explicita a metodologia utilizada para a realização desse estudo e faz a descrição e análise dos dados selecionados.

Destaca-se que esta monografia não conseguiu abordar determinados assuntos, como a questão de raça ou os processos que foram judicializados, pois os Anuários Estatísticos da Previdência Social - AEPS, principal fonte de dados utilizados nesse trabalho, não continham informações com esse recorte.

⁴ Como o objetivo deste trabalho é analisar o Benefício de Prestação Continuada - BPC para pessoas com deficiência, de 2007 a 2017, os Anuários Estatísticos da Previdência Social e Boletins Estatísticos da Previdência Social começam a ser estudados a partir de 2009, pois o mesmo consta com dados de 2008 e 2007.

Capítulo 1 – BPC para Pessoas com Deficiência

O Benefício de Prestação Continuada – BPC tem como finalidade assegurar a proteção social de idosos(as) e/ou de pessoas com deficiência que comprovem não possuir meios de prover a sua própria subsistência ou de tê-la provida por sua família. O benefício integra a Política Nacional de Assistência Social brasileira e é um direito garantido constitucionalmente.

Previsto desde 1988 pela Constituição Federal, que assegura que a Assistência Social, parte do conjunto de ações da Seguridade Social, será prestada a quem dela necessitar, o BPC somente foi regulamentado em 1993, pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, e apenas em janeiro de 1996 entrou em vigor.

Pela Lei Federal nº 8.742/1993 (LOAS), que dispõe sobre a organização da Assistência Social, foi sancionado que o BPC garantiria um salário mínimo mensal a idosos(as), com setenta anos de idade ou mais, e/ou a pessoas com deficiência incapacitadas para a vida independente e para o trabalho que não conseguissem garantir o seu próprio sustento ou tê-lo garantido por sua família (BRASIL, 1993). Ademais, o BPC se caracterizava por ser um benefício individual, intransferível e não vitalício.

Para acessar o benefício assistencial, o(a) requerente deveria comprovar que a renda mensal *per capita* da sua família era inferior a um quarto do salário mínimo vigente, além de não receber outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime. Fora isso, as pessoas com deficiência ainda deveriam passar por uma avaliação médica que comprovasse que a sua deficiência era incapacitante para o trabalho.

A comprovação da deficiência, no primeiro ano do benefício assistencial, era feita por uma equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde – SUS ou do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, credenciados para esse fim pelo Conselho Municipal de Assistência Social (BRASIL, 1995). Mas, com a Medida Provisória nº 1.473/1997, convertida na Lei nº 9.720/1998, essa passa a ser uma atribuição da perícia

médica do INSS (BRASIL, 1997). Bim e Murofuse (2014) afirmam que esse novo modelo ignorou a perspectiva proporcionada pela avaliação multidisciplinar.

Destaca-se que pessoa com deficiência, na redação original da LOAS, era definida como incapaz para a vida independente e para o trabalho (BRASIL, 1993). Entretanto, com o Decreto nº 1.744/1995⁵, foi estabelecido que a pessoas com deficiência era aquela que, devido a anomalias ou lesões irreversíveis de natureza adquirida, congênita ou hereditária, não podia desempenhar atividades da vida diária e do trabalho (BRASIL, 1995). Isto é, deficiência era entendida como limitação, clássica e aparente, do corpo e definida por modelos biomédicos.

Essa concepção biomédica de deficiência era difundida pela *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* - ICIDH, de 1980, e pela ICIDH-2, de 1998, primeiras tentativas da Organização Mundial de Saúde – OMS⁶ de estabelecer uma linguagem universal sobre deficiências e lesões. Nesses modelos de classificação, a deficiência era avaliada de modo causal, unidimensional e não considerava o entorno e contexto onde vivia a pessoa avaliada (BRASIL, 2007).

Segundo Diniz, Medeiros e Squinca (2007), a ICIDH propunha uma relação de causalidade entre *impairments* (anormalidades ou perdas corporais), *disabilities* (restrições de habilidade provocadas por lesões) e *handicaps* (desvantagens resultantes de *impairments* ou *disabilities*), ou seja, um corpo com lesões sofreria restrições de habilidades e isto o levaria a passar por situações de desvantagens sociais. As desvantagens resultariam das lesões, por isso era necessário conhecer, curar e/ou reabilitar os corpos anormais.

Ainda de acordo com Diniz, Medeiros e Squinca (2007), a linguagem recomendada pela ICIDH recebeu críticas negativas dos pesquisadores que estudavam outra concepção de deficiência e dos movimentos sociais que lutava em prol das

⁵ “Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências” (BRASIL, 1995).

⁶ A OMS tem como objetivo produzir Classificações de Saúde que se tornem modelos consensuais a serem incorporados pelos sistemas de saúde, propondo a utilização de uma linguagem comum para a descrição de intervenções e/ou problemas em saúde (RUARO *et al.*, 2012).

peças com deficiência. Em contraposição a hegemonia biomédica acerca do tema, os estudos sobre deficiência argumentavam que as situações de desigualdade enfrentadas pelas pessoas com deficiência resultavam mais de estruturas sociais insensíveis à diversidade e opressoras que de um corpo com lesões. Tal perspectiva ficou conhecida como modelo social da deficiência (DINIZ, 2007).

Enquanto o modelo médico pregava que a lesão causava a deficiência, o modelo social acreditava que sistemas excludentes e opressivos levavam pessoas a vivenciarem a deficiência. Para o modelo social, a deficiência era consequência do ordenamento econômico e político, que idealizava um perfil ideal de sujeito produtivo, segregando aqueles que não se encaixavam nesse sistema (DINIZ, 2007).

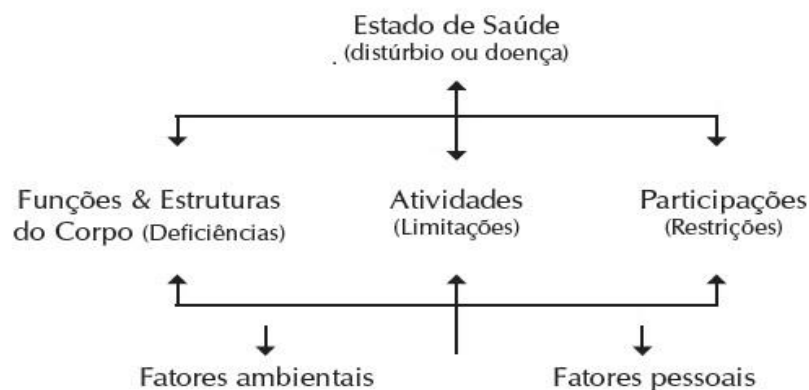
A deficiência somente era experimentada, segundo o modelo social, por meio das interações sociais. Isto é, quanto mais barreiras sociais, mais restrições de participação eram colocadas aos indivíduos com impedimentos corporais, visto que, existe uma relação direta entre um corpo com impedimentos e a acessibilidade de uma sociedade (DINIZ, BARBOSA e SANTOS, 2009).

Com isso, após duas décadas de debates entre o modelo biomédico e o modelo social da deficiência, o ICIDH foi revisado e a partir disso foi publicado pela OMS, em 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (*International Classification of Functioning, Disability and Health* – ICF). A CIF propõe um novo significado ao termo deficiência, que sairia de uma perspectiva puramente biológica e assumiria também um caráter político e sociológico (DINIZ, MEDEIROS e SQUINCA, 2007).

A CIF permite classificar, em nível mundial, o funcionamento, a saúde e a deficiência do ser humano, estabelecendo outros paradigmas em contraposição às ideias tradicionais sobre saúde e deficiência. Esta classificação é adotada em conjunto com a CID que descreve a doença, e pode ser aplicada independentemente da cultura, grupo etário ou sexo, tornando possível o recolhimento de dados confiáveis e suscetíveis de comparação, relativamente aos critérios de saúde dos indivíduos das populações (BRASIL, 2007).

Além disso, a CIF é uma ferramenta que possibilita a criação de instrumentais adequados para que se identifiquem as condições ambientais e estruturais e as características pessoais que influenciam a funcionalidade. Essa classificação é estruturada em duas seções: 1 – Funcionalidade e Incapacidade, que são compostas pelo componente corpo (estruturas e funções dos sistemas do corpo) e atividade e participação (capacidade e desempenho); e 2 – Fatores Contextuais, que são compostos pelos componentes fatores ambientais (funcionalidade e incapacidade) e fatores pessoais (BRASIL, 2007).

Figura 1 – Modelo Integrador da Funcionalidade Humana segundo a CIF.



Fonte: CIF (EDUSP, 2003), 30.

A passagem do ICIDH para a CIF revela a modificação de uma abordagem fundamentada nas doenças para uma abordagem que privilegia a funcionalidade como um componente da saúde, além de considerar o ambiente como barreira e/ou como facilitador para a execução de ações e tarefas, ou seja, a funcionalidade torna-se fundamental para a avaliação e determinação de condutas (RUARO, RUARO, SOUZA, FRÉZ e GUERRA, 2012).

De acordo com Ruaro *et al.* (2012), o modelo multidirecional da CIF se caracteriza por considerar os fatores ambientais, pessoais e sociais tão relevantes quanto a presença de doença na determinação de atividades, funções e participações.

Apesar do processo de transição e debate feito pela OMS, para a mudança do modelo biomédico de deficiência para o modelo social da deficiência, no Brasil o

conceito de deficiência permanecia vinculado aos aspectos biológicos. Para a concessão do BPC, as pessoas com deficiência eram avaliadas exclusivamente por médicos peritos do INSS, por meio de uma perspectiva individual e medidas biologicistas (BIM e MUROFUSE, 2014).

Segundo Bim e Murofuse (2014),

O biologicismo, ao pressupor o reconhecimento da natureza biológica das doenças, se justifica pela compreensão de que a doença é causada por agentes biológicos (aí incluídos químicos e físicos), em corpos biológicos e com repercussão biológica. Por conseguinte, focaliza a avaliação e o tratamento nos sinais e nos sintomas, valorizando sobremaneira a entidade estrutural patológica. Desse modo, associa-se à unicausalidade, conferindo uma dimensão estritamente biológica ao ser humano, descontextualizando-o de sua posição biográfica, familiar e social (p. 348).

Dentre as justificativas utilizadas para se manter o predomínio do modelo biomédico nas avaliações dos(as) requerentes ao BPC, a mais frequente era a de que os médicos peritos do INSS eram os mais qualificados para avaliar as características laborativas da pessoa, para a concessão de benefícios trabalhistas. Assim, a elegibilidade de pessoas com deficiência para o BPC se submeteu a avaliações limitadas e de caráter medicinal (BIM e MUROFUSE, 2014).

Figura 2 – Parâmetros de avaliação de pessoa com deficiência requerente do BPC, a partir do formulário “Avaliemos”.

| | | | |
|------------------------------------|---|--|-----------------------|
| A | Aptidão para o Trabalho | Sim Não | 0 6 |
| V | Visão, Audição e Palavra | Sem alterações Com alterações | 0 3 |
| A | Atividades da Vida Diária | Sem alterações Com alterações higiene alimentação vestuário | 0 2 2 2 |
| L | Locomoção | Marcha livre e normal Utilização de órtese Utilização de prótese de membro inferior Utilização definitiva de cadeira de rodas Sem nenhuma possibilidade de locomoção | 0 2 3 4 6 |
| I | Instrução | Com escolaridade Sem escolaridade | 0 3 |
| E | Excretorios | Normais Sem controle esfinteriano | 0 3 |
| M | Manutenção (permanente de cuidados médicos, de enfermagem ou terceiros) | Não necessita Necessita | 0 3 |
| O | Oligofrenia e Deficiência Mental | Leve Moderada Grave (profunda) | 1 4 6 |
| S | Síndrome e Quadros Psiquiátricos | Leve (inicial) Moderada Grave (definitiva) | 1 4 6 |
| Interpretação | | | |
| Não há incapacidade apreciável | | Até 09 pontos | |
| Há incapacidade moderada | | de 10 a 16 pontos | |
| Há incapacidade severa | | de 17 a 23 pontos | |
| Há incapacidade extrema (profunda) | | acima de 23 pontos | |

Fonte: Brasil, 2007.

Nesse sentido, o “Avaliemos” foi um instrumento utilizado pelo INSS para estabelecer parâmetros de análise da deficiência. A ausência ou a presença de alterações, em diferentes níveis, conferiria pontos e a soma final definiria a concessão do BPC, quando resultasse em 17 pontos ou mais, ou seu indeferimento, quando o resultado fosse inferior a 17 pontos. Entretanto, esse instrumento, que deveria auxiliar a avaliação da perícia médica, não foi utilizado de forma uniforme, ficando a critério do médico perito definir se a deficiência era leve, moderada ou grave (BRASIL, 2007).

Como citado acima, no modelo médico de avaliação a deficiência era compreendida como problema da própria pessoa, resultado de uma doença e/ou de um trauma, isto é, outras dimensões presentes no estado de saúde e outras dimensões da vida dos(as) sujeitos(as) eram ignoradas e a avaliação era feita a partir de um olhar individual e subjetivo do avaliador. Dessa forma, acentuou-se a insatisfação da população quanto à forma como a avaliação para a concessão do BPC era feita (BIM e MUROFUSE, 2014).

Sendo assim, em 2005, o Governo Federal instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial – GTI, composto por técnicos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS⁷ e do Ministério da Previdência Social - MPS⁸, objetivando desenvolver novos parâmetros de avaliação das pessoas com deficiência requerentes ao BPC, de modo que diminuísse o nível de subjetividade das avaliações e que considerasse a deficiência não somente como uma característica pessoal, mas como resultado de uma combinação de situações biológica, econômica, individual e social. O GTI sugeriu então uma avaliação fundamentada na CIF (BIM e MUROFUSE, 2014).

O GTI optou por escolher, dentre os itens da CIF, aqueles que eram mais específicos quanto à existência de deficiências da função ou da estrutura do corpo, da limitação da execução de atividades e das restrições da participação social, considerando também o impacto dos aspectos contextuais, ambientais e sociais, na definição dos níveis de incapacidade para a vida independente e para o trabalho. Além do mais, a abrangência e a possibilidade de mensurar as avaliações médicas e sociais foram os principais motivos para que o GTI definisse um novo modelo de avaliação baseado na CIF (BRASIL, 2007).

O intuito do GTI era formular um novo instrumento que ampliasse a uniformização de critérios na concessão do BPC e: a) diminuísse a subjetividade; b) possibilitasse a análise dos(as) requerentes com diversos tipos de doenças geradoras de deficiência, inclusive as doenças crônicas; c) permitisse contextualizar a vida de um

⁷ Atualmente é a Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, do Ministério da Cidadania (MDS, 2019).

⁸ Atualmente é a Secretaria de Previdência, do Ministério da Economia (PREVIDÊNCIA, 2019).

indivíduo e o impacto sobre a funcionalidade dessa pessoa; e d) propiciasse uma visão mais ampla para a concessão do benefício assistencial, pela aplicação da tendência mundial de considerar o modelo de avaliação biopsicossocial (BRASIL, 2007).

Para isso, o GTI elaborou um instrumento experimental, que seria um pré-teste a ser aplicado nas Agências da Previdência Social por assistentes sociais e médicos. A população alvo foi composta pela demanda de pessoas com deficiência, requerentes do BPC, que já haviam agendado a perícia médica. A avaliação tinha início com a perícia social, realizada por assistente social, sendo seguida pela perícia médica, que avaliaria o(a) requerente com o novo instrumento e posteriormente com o modelo de avaliação em vigor (BRASIL, 2007).

Os resultados do teste demonstraram um aumento no índice de concessão do BPC e também que “a ampliação do número de variáveis introduzidas pelo novo instrumento proposto, baseadas na CIF, conferiu maior objetividade e uniformidade às avaliações, segundo a impressão dos aplicadores” (BRASIL, 2007).

Figura 3 – Distribuição numérica e percentual de acordo com o tipo de conclusão do exame, entre o modelo proposto e o vigente, considerando o total de avaliados.

| Conclusão | Modelo em teste | | Modelo atual | |
|---------------|-----------------|--------|--------------|--------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Concedidos | 320 | 63,17 | 274 | 54,06 |
| Indeferidos | 186 | 36,83 | 191 | 37,82 |
| Não informado | - | - | 41 | 8,20 |
| Total | 506 | 100,00 | 506 | 100,00 |

Fonte: MDS *apud* Brasil, 2007.

A incorporação dos princípios da CIF possibilitou o declínio da concepção biomédica e a ascensão do modelo social da deficiência para as políticas públicas brasileiras, cuja sociedade também é responsável pela deficiência. No modelo social, de acordo com Costa, Marcelino, Duarte e Uhr (2016), a deficiência não se restringe a alterações corporais, dado que, as pessoas também experimentam restrições consideráveis por meio de barreiras ambientais, econômicas e sociais. Ainda para os autores, as políticas públicas têm sido pressionadas para assegurar acessibilidade, vida independente e oportunidade de emprego e renda para a pessoa com deficiência.

O modelo biopsicossocial, para a avaliação do BPC, foi regulamentado e sancionado no Brasil por meio do Decreto nº 6.214/2007, que alterou idade mínima em que idosos(as) poderiam acessar o benefício (passando de 70 a 65 anos)⁹ e incorporou as diretrizes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF no modelo de avaliação da deficiência. Além disso, a funcionalidade e a incapacidade humanas passam a ser entendidas como uma interação entre as condições de saúde (distúrbios, doenças, lesões, traumas, dentre outros) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais).

Destaca-se aqui que a CIF não é um instrumento de avaliação, mas sim um referencial para a construção, formulação e reformulação de instrumentais de avaliação da condição de saúde. A CIF, como um sistema de classificação e de codificação, é um orientador para a documentação e organização de informações relevantes para a descrição da natureza e severidade das limitações funcionais do indivíduo, suas experiências de vida e as características do meio em que ele convive (BRASIL, 2007).

Apesar de ter sido regulamentado em setembro de 2007, o modelo de avaliação biopsicossocial da deficiência somente foi implementado pelo INSS em junho de 2009, isto é, dois anos depois da sua instituição legal.

Segundo Costa, Marcelino, Duarte e Uhr (2016), o Decreto nº 6.214/2007 determinou novos critérios de elegibilidade ao BPC, ao incorporar o conceito de incapacidade, e a Portaria Conjunta MDS/INSS nº 1/2009, instituiu instrumentos e critérios para a avaliação da deficiência, utilizando como base o modelo biopsicossocial da CIF e em conformidade com a Convenção da ONU, no momento em que a avaliação passou a ser desempenhada por assistentes sociais e peritos médicos do INSS.

A partir desse marco, a deficiência passou a ser avaliada por meio de perícia social, que analisa os fatores ambientais, pessoais e sociais, e perícia médica, que considera a deficiência nas estruturas e funções do corpo. Juntas, as duas perícias avaliam as limitações do desempenho de atividades e as restrições sociais.

⁹ Inicialmente essa mudança ocorre, em 2003, com o Estatuto do Idoso e posteriormente é alterado no BPC, em 2007.

A perícia social na avaliação dos fatores ambientais considera: a) ambiente social – a acessibilidade às políticas públicas, a vulnerabilidade, relações de convívio comunitário, familiar e social e o risco pessoal e social em que a pessoa com deficiência está submetida; e b) ambiente físico – a acessibilidade, as condições de vida presente, salubridade ou insalubridade e o território onde ele vive. Em atividades (execução de uma tarefa ou ação) e participação (ato de se envolver em uma situação vital) é considerada a análise e influência dos fatores contextuais na avaliação da capacidade e do desempenho (BRASIL, 2007).

Na perícia médica a deficiência é avaliada nas estruturas e funções do corpo. A primeira parte da avaliação, Função do Corpo, analisa as funções: mentais; sensoriais da visão, audição e fala; dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico, respiratório, digestivo e metabólico e endócrino; geniturinárias; neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento; e da pele. A segunda parte, Atividade e Participação, avalia os domínios: aprendizagem e aplicação do conhecimento; tarefas e demandas gerais; comunicação; mobilidade; e cuidado pessoal (BRASIL, 2007).

As avaliações, médica e social, são feitas por meio de qualificadores, ou seja, códigos que especificam a extensão ou magnitude da dificuldade na execução de uma atividade ou tarefa, ou a extensão na qual um fator ambiental é uma barreira ou um facilitador. A mensuração dos componentes avaliados pode variar de nenhuma limitação à extrema limitação, sendo estes definidos em escala ordinal: nenhuma = 0, leve = 1, moderada = 2, grave = 3 e/ou completa = 4 (BRASIL, 2007).

Ao final da avaliação da incapacidade para a vida independente e para o trabalho, as informações da perícia médica e social evidenciarão a extensão da deficiência e das funções do corpo, da dificuldade das atividades e participação, e das barreiras dos fatores ambientais (BRASIL, 2007).

Segundo Bim e Murofuse (2014), foram previstos, após as perícias, momentos de diálogo e interação entre assistente social e médico, para decisões conjuntas e consensuais sobre a pontuação dos qualificadores. Porém, na prática, estes momentos não ocorrem, visto que, ao final da avaliação médico-pericial, o próprio sistema operacional conclui o deferimento ou indeferimento do requerimento, por meio de uma

tabela de combinações que prevê os possíveis resultados da avaliação dos três componentes (Atividade e Participação, Fatores Ambientais, Funções e Estruturas do Corpo).

Figura 4 – Tabela de combinações possíveis de resultado da Avaliação médico-pericial e social da incapacidade para a vida independente e para o trabalho.

| <div> C=completa G=grave M=moderada L=leve </div> | | | |
|---|---------------------------------|----------------------------|---|
| Função do Corpo (b) | Atividade e Participação (d) | Fatores Contextuais (e) | Reconhecimento com pessoa com deficiência para a concessão do BPC |
| C | C | C | sim |
| C | C | G | sim |
| C | C | M | sim |
| C | G | C | sim |
| C | G | G | sim |
| C | G | M | sim |
| C | M | C | sim (improvável) |
| C | M | G | sim (difícil) |
| C | M | M | não (improvável) |
| G | C | C | sim |
| G | C | G | sim |
| G | C | M | sim (difícil) |
| G | G | C | sim |
| G | G | G | sim |
| G | G | M | sim |
| G | M | C | sim |
| G | M | G | sim |
| G | M | M | sim |
| M | C | C | sim (difícil) |
| M | C | G | sim (difícil) |
| M | C | M | não (improvável) |
| M | G | C | sim |
| M | G | G | sim |
| M | G | M | não (difícil) |
| M | M | C | não (improvável) |
| M | M | G | não (difícil) |
| M | M | M | não |
| C | C | L | sim |
| C | G | L | sim |
| C | M | L | não (improvável) |
| G | C | L | sim (difícil) |
| G | G | L | sim (difícil) |
| G | M | L | não |
| M | C | L | não (improvável) |
| M | G | L | não (improvável) |
| M | M | L | não |

Fonte: Brasil, 2007.

A respeito disso, Santos (2010) pontua que, mesmo que a adoção da CIF seja considerada um avanço ao direcionar a avaliação das condições que transformam as pessoas com deficiência em elegíveis ao BPC, pela inclusão do modelo social, ela não modifica os parâmetros da incapacidade para o trabalho e para a vida independente presente na LOAS. E incapacidade, no Decreto nº 6.214/2007, é descrita como “fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social [...]” (BRASIL, 2007). Isto é, para a concessão do BPC, redução na inclusão social é compreendida como ausência de participação escolar, para crianças, e/ou incapacidade para participar do mercado de trabalho, para os adultos (SANTOS, 2010).

Mesmo tendo ampliado os critérios de elegibilidade e instituído o modelo de avaliação biopsicossocial para a concessão do BPC, de acordo com Silva e Diniz (2012), ainda não havia objetividade no sistema jurídico sobre quais deficiências seriam asseguradas pelas proteções constitucionais e legais. Foi a partir do Decreto nº 6.949/2009, que promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (a primeira convenção da Organização das Nações Unidas do século XXI), que foi instituída uma definição constitucional para deficiência.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

“A adoção da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência reconhece a questão da deficiência como um tema de justiça, direitos humanos e promoção da igualdade” (DINIZ, BARBOSA E SANTOS, 2009, p. 74). Desse modo, foi necessário reavaliar e revisar as legislações infraconstitucionais e determinar novos critérios para a formulação das políticas públicas as pessoas com deficiência (DINIZ, BARBOSA e SANTOS, 2009).

Nesse aspecto, a principal dificuldade era estabelecer quais impedimentos eram relevantes para qualificar um corpo como deficiente para a proteção social e quais barreiras, em contato com esse corpo, proporcionariam restrições de participação. No

entanto, a nova redação da LOAS conceituou deficiência e barreiras (SILVA e DINIZ, 2012).

Pela Lei nº 12.435/2011, foi definido que o significado de deficiência teria como base o mesmo utilizado pela Convenção da ONU, isto é, pessoa com deficiência é aquela com impedimentos de longo prazo que possam obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. No entanto, a legislação brasileira se distancia das definições da Convenção ao estabelecer, pela Lei nº 12.470/2011, que impedimentos de longo prazo são aqueles que produzem efeitos pelo prazo mínimo de dois anos (BRASIL, 2011).

Silva e Diniz (2012) destacam que deficiência, para a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, é o resultado da relação entre os impedimentos corporais, físicos, intelectuais e/ou sensoriais, e as barreiras sociais que dificultam a participação. Para mais, as autoras frisam que alguns conceitos da Convenção (barreiras, deficiência, impedimentos e participação) tiveram o seu sentido político ignorado na nova redação da LOAS.

A LOAS, na redação em vigor, copia o conceito de deficiência da Convenção (§ 2 do artigo 20), mas prejudica seu sentido e potencialidade ao definir os impedimentos de longo prazo como aqueles que produzem efeitos pelo prazo mínimo de dois anos (§ 2 e § 10 do artigo 20). A Lei permanece desconsiderando o marco constitucional da deficiência incluído no sistema constitucional brasileiro pelos princípios da Convenção. No seu artigo 12 estabelece que os Estados Partes reconheçam que as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida. A definição de regra fixa sobre o sentido de impedimento de longo prazo reduz indevidamente o âmbito protetivo da norma (SILVA e DINIZ, 2012, p. 265).

Silva e Diniz (2012) também ressaltam que o artigo de proteção social da Convenção da ONU não indica que impedimentos de longo prazo serão ou não elegíveis à proteção social. As autoras pontuam que o texto da Convenção mantém a proteção social na esfera das necessidades a serem protegidas para a garantia de boas condições de vida, sem limitar os direitos fundamentais à duração de impedimentos corporais.

Silva e Diniz (2012) salientam que a Constituição Federal de 1988, mesmo antes da promulgação da Convenção, garantiu que a Assistência Social seria prestada a quem dela necessitasse, independente de contribuição à Seguridade Social e, no que se refere à deficiência, independente das particularidades dos impedimentos corporais vivenciados por cada pessoa. Ou seja, a Constituição Federal não estabelece que quais impedimentos serão ou não elegíveis à Assistência Social.

Apesar de integrar conceitos e princípios da Convenção da ONU, a LOAS continua estabelecendo restrições de acesso ao BPC, como a determinação da duração de impedimentos pelo prazo mínimo de dois anos (SILVA e DINIZ, 2012).

Para a avaliação de impedimentos de longo prazo da pessoa com deficiência, para a concessão do BPC, foram acrescentados novos indicadores no instrumental utilizado pelo perito médico, dentre eles têm-se: 1 – sim; 2 – não é possível prever nesse momento, mas há chances de impedimentos se estenderem por longo prazo; e 3 – não. Isso significa que, caso o perito médico escolha a opção 1 ou 2, o contexto social em que o(a) requerente está inserido terá influência na decisão final, mantendo-se a concessão ou indeferimento a depender da combinação dos qualificadores dos componentes avaliados (Atividade e Participação, Fatores Ambientais e Funções do Corpo). Ainda assim, caso o perito escolha a opção 3, o benefício automaticamente será indeferido, independente do grau de incapacidade do(a) requerente no momento da avaliação (BIM e MUROFUSE, 2014).

Como já dito, o objetivo da avaliação biopsicossocial, realizada por assistente social e médico, é que exista uma análise conjunta entre ambos, para que seja definida a decisão pelo deferimento ou indeferimento do benefício assistencial. Ressalta-se que uma avaliação não deveria se sobrepor à outra.

Isto revela que, na avaliação para acesso ao BPC, cabe ao perito médico a decisão final de concessão ou não do benefício, a quem é dado a responsabilidade legal de deferir ou indeferir o benefício, respaldado em um conceito que define o prazo mínimo de incapacidade, indicando assim a superioridade da avaliação médica. Com isso, nega-se o fato de que pessoas com leve ou moderada habilidades possam passar por situações de restrições de participação, tais como barreiras sociais, discriminação, preconceito, dentre outros, além da condição de pobreza em que se encontram, dado o

critério de acesso ao benefício ser de renda *per capita* familiar inferior a ¼ do salário mínimo vigente (BIM e MUROFUSE, 2014).

Apesar do predomínio da perícia médica na avaliação para a concessão do BPC e das limitações que ainda existiam na legislação, é instituída, pela Lei nº 13.146/2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que visa assegurar direitos dessa população. Essa Lei promove alterações que impactam diretamente na elegibilidade ao BPC, ao incluir impedimentos mentais ao conceito de deficiência; e ao não contabilizar rendimentos decorrentes de estágio supervisionado e de aprendizagem para o cálculo da renda familiar *per capita*.

Contudo, em oposição a esse avanço é publicado o Decreto nº 8.805/2016, e o modelo para concessão do BPC sofre novas alterações. Foi estabelecido que, para a concessão, manutenção e revisão do benefício, os(as) beneficiários(as) e/ou requerentes obrigatoriamente estivessem inscritos no Cadastro Único – CadÚnico.

A exigência do cadastro no CadÚnico é para que possa existir cruzamento contínuo de entre as informações dos beneficiários(as) e as bases de dados dos diversos órgãos da Administração Pública. Esses cruzamentos possibilitam que a análise da renda familiar *per capita*, requisito fundamental para a manutenção do BPC, tenha maior rigor e credibilidade. Se for constatado que a renda familiar *per capita* ultrapassa o limite legal determinado, R\$ 249,50¹⁰ (em julho de 2019), o INSS suspenderá ou cessará o benefício.

Para o Ministério do Desenvolvimento Social – MDS, o cadastro dos(as) beneficiários(as) no CadÚnico favorece a inclusão de idosos(as) e pessoas com deficiência em outros programas oferecidos pelo governo federal, pois o órgão tem o Cadastro como modelo de seleção do seu público. Entretanto, na atual conjuntura a obrigatoriedade de inscrição no CadÚnico pode significar a expansão de uma agenda política que esteja dentro da Emenda Constitucional 95/2016, que institui um novo regime fiscal para vigorar nos próximos vinte anos¹¹, além de representar uma tentativa

¹⁰ Esse valor equivale a ¼ do salário mínimo vigente em julho/2019.

¹¹ “As regras do novo regime não permitem, assim, o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, nem mesmo se a economia estiver bem, o que diferencia o caso brasileiro de outras

de desresponsabilização do Estado no que se refere às políticas públicas de suporte social (CASTRO, 2018). Ressalta-se que é interessante que o BPC esteja vinculado ao CadÚnico, não no sentido de controlar, restringir e penalizar os(as) requerentes, mas de acompanhar o funcionamento e a rede de serviços socioassistenciais (STOPA, 2019).

Deste modo, para assegurar a proteção à pessoa com deficiência é necessário compreender que as necessidades individuais são diversas e distintas e que a definição de mínimos não deve ser consequência de um cálculo orçamentário, mas da garantia e da proteção às necessidades individuais desses(as) sujeitos(as) (SILVA e DINIZ, 2012).

experiências estrangeiras que adotaram o teto de gastos públicos. Somente será possível aumentar os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras. As novas regras desconsideram portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 (vinte anos), o que (e aqui já antecipando a nossa crítica a respeito), poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira” (MARIANO, 2017).

Capítulo 2 – Resultados

2.1 Metodologia

Essa pesquisa teve como objetivo descrever e inferir, com base em dados numéricos primários e secundários, as características para a concessão, ativação, emissão e cessação do Benefício de Prestação Continuada para pessoas com deficiência no Brasil, nos anos 2007 a 2017. Para isso, foram utilizados métodos quantitativos para a análise do objeto de pesquisa.

A análise quantitativa tem por finalidade descrever a população de forma objetiva, gerar estatísticas descritivas de dados numéricos primários, publicados ou comunicados pela própria pessoa ou organização que os coletaram, e de dados numéricos secundários, publicados ou comunicados por pessoas ou organizações que não os coletaram. Além disso, os resultados desse tipo de análise podem ser projetados para a população (BUSSAB e MORETTIN, 2003).

A pesquisa foi desenvolvida a partir de uma população, que se define pelo conjunto de todos os elementos de interesse da pesquisa. Além disso, não houve instrumento específico de coleta de dados, pois os dados levantados já estavam disponíveis em plataformas virtuais.

O levantamento de dados foi feito a partir das informações contidas nos Anuários Estatísticos da Previdência Social (2009 – 2017)¹², de onde foram coletados dados de benefícios assistenciais concedidos, ativos, emitidos, cessados e das perícias médicas. Todos os dados levantados são referentes ao BPC para pessoas com deficiência, de 2007 a 2017.

Os Anuários Estatísticos da Previdência Social trazem informações sobre acidentes de trabalho, acordos internacionais, benefícios, contribuintes e diversos temas relacionados à Previdência Social. Os anuários são organizados em dezesseis seções –

¹² O Anuário Estatístico da Previdência Social de 2009 apresenta também os dados de 2008 e 2007, por isso as análises tem início no respectivo anuário.

Benefícios; Acordos Internacionais da Previdência Social; Benefícios por Incapacidade, Assistenciais e Serviços Previdenciários; Acidentes do Trabalho; Contribuintes da Previdência Social; Arrecadação; Cobrança; Procuradoria; Conselho de Recursos do Seguro Social; Finanças; Contabilidade; Atendimento; Previdência Complementar; Previdência do Servidor Público; Indicadores Econômicos; e Demografia - que compilam informações, em tabelas, dos últimos dois anos a que se refere o anuário.

Da Seção I - Benefícios, Subseção A - Benefícios Concedidos, Capítulo 6 - Assistenciais, foram retiradas informações acerca da: a) Quantidade e valor de amparos assistenciais concedidos, por grupos de espécies, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação; b) Quantidade de amparos assistenciais concedidos, por grupos de espécies e sexo do segurado, segundo os grupos de idade na DIB (Data de Início do Benefício); c) Valor de amparos assistenciais concedidos, por grupos de espécies e sexo do segurado, segundo os grupos de idade na DIB; e d) Quantidade e valor mensais de amparos assistenciais concedidos, por grupos de espécies.

Na Subseção B – Benefícios Emitidos, Capítulo 13 – Assistenciais, foram levantados dados referentes à: a) Quantidade e valor mensais de amparos assistenciais emitidos, por grupos de espécies; b) Quantidade e valor de amparos assistenciais emitidos, por grupos de espécies, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação; e c) Valor de amparos assistenciais emitidos, por grupos de espécies, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação – Acumulado no ano.

Já na Subseção C – Benefícios Ativos, Capítulo 19 – Assistenciais, foram coletados dados da: a) Quantidade e valor de amparos assistenciais ativos, por grupos de espécies, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação; e b) Quantidade e valor de amparos assistenciais aos portadores de deficiência ativos, por sexo do segurado, segundo os grupos de idade.

Na Subseção D – Benefícios Cessados, Capítulo 25 – Assistenciais, foram levantados dados sobre a: a) Quantidade de amparos assistenciais cessados, por grupos de espécies, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação; e b) Quantidade de amparos assistenciais cessados, por grupos de espécies e sexo do segurado, segundo os grupos de idade.

Por fim, foram coletados dados da Seção III – Serviços Previdenciários, Capítulo 29 – Perícias Médicas, referentes à: a) Quantidade de exames médico-periciais realizados para a concessão de Amparos Assistenciais ao Portador de Deficiência por tipo de conclusão, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação.

Destaca-se aqui que os dados contidos nos Anuários Estatísticos da Previdência Social são dados retirados do DATAPREV (Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social) e SUIBE (Sistema Único de Informações de Benefícios), portanto, possivelmente existem diferenças entre a soma de parcelas e os totais, que são resultantes de arredondamento, além do mais, alguns dados apresentados nos anuários são parciais estando, assim, sujeitos a correções.

Após o levantamento de dados foi necessário detalhar, individualizar e/ou agrupar determinadas informações, que possuíam dados de todos os beneficiários do BPC (idosos e pessoas com deficiência). Para isso, novas tabelas precisaram ser desenvolvidas, contendo apenas dados referentes às pessoas com deficiência.

O procedimento de agrupar e/ou individualizar esses dados existentes em outras tabelas foi dividido em cinco etapas que trabalharam com os benefícios assistenciais concedidos, emitidos, ativos, cessados e com as perícias médicas. Ao todo, esse procedimento originou vinte e seis tabelas.

Após finalizar as tabelas, foi possível ilustrar os resultados obtidos em gráficos. Para esses gráficos, o trabalho desenvolvido seguiu o mesmo padrão do procedimento anterior, ou seja, os dados continuaram divididos em benefícios concedidos, emitidos, ativos, cessados e perícias médicas e geraram vinte gráficos de diferentes modelos.

O número total de tabelas e gráficos se diferenciam porque as dez tabelas que continham variáveis relativas ao sexo e idade do segurado originaram apenas cinco gráficos comparativos, isto é, para cada duas tabelas, um gráfico foi elaborado. Além do mais, os dados referentes à tabela de Benefícios Assistenciais Emitidos, Valor (R\$ Mil) de amparos assistenciais emitidos, segundo as Grandes Regiões (Acumulado ao Ano) - foram desconsiderados.

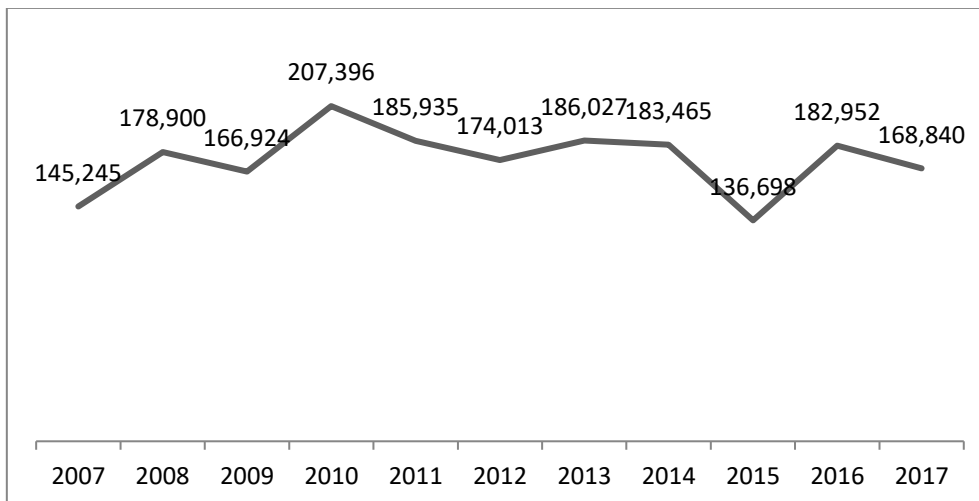
Após todos esses processos, realizou-se a descrição dos gráficos e a formulação de algumas hipóteses a partir dos dados. Posteriormente, esses dados foram reanalisados e contextualizados com o apoio das referências bibliográficas pesquisadas.

2.2 – Descrição e Análise dos Dados do BPC

2.2.1 – Benefícios Concedidos

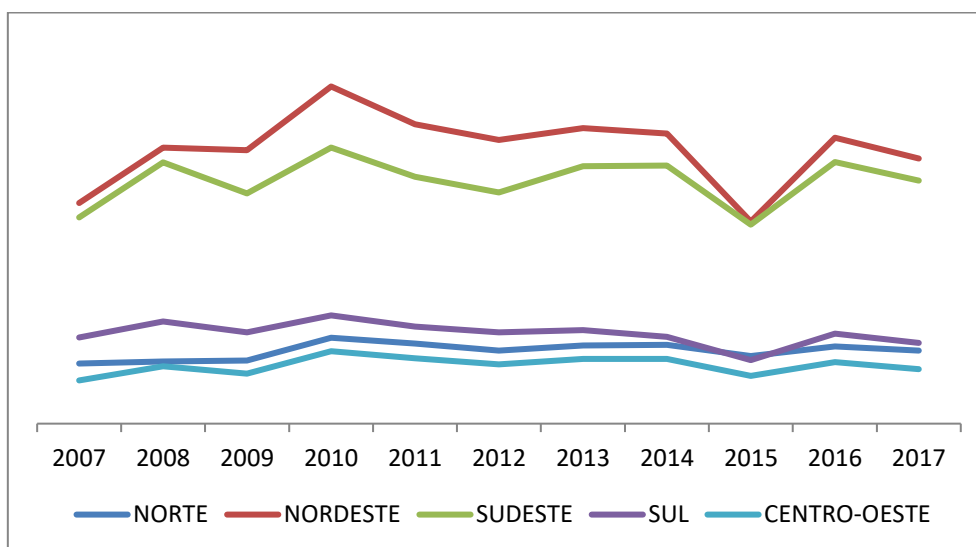
Os benefícios assistenciais concedidos são aqueles cujo requerimento, apresentado pelo(a) segurado(a) e/ou seus dependentes junto à Previdência Social, é analisado e deferido, uma vez que o(a) requerente cumpra todos os requisitos necessários, e liberado para o pagamento. Logo, a concessão de um benefício corresponde à entrada de novos benefícios no sistema previdenciário (AEPS, 2017).

Gráfico 1: Quantidade de amparos assistenciais concedidos - Brasil (2007 – 2017)



Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

Gráfico 2: Quantidade de amparos assistenciais concedidos, segundo as Grandes Regiões (2007 – 2017)



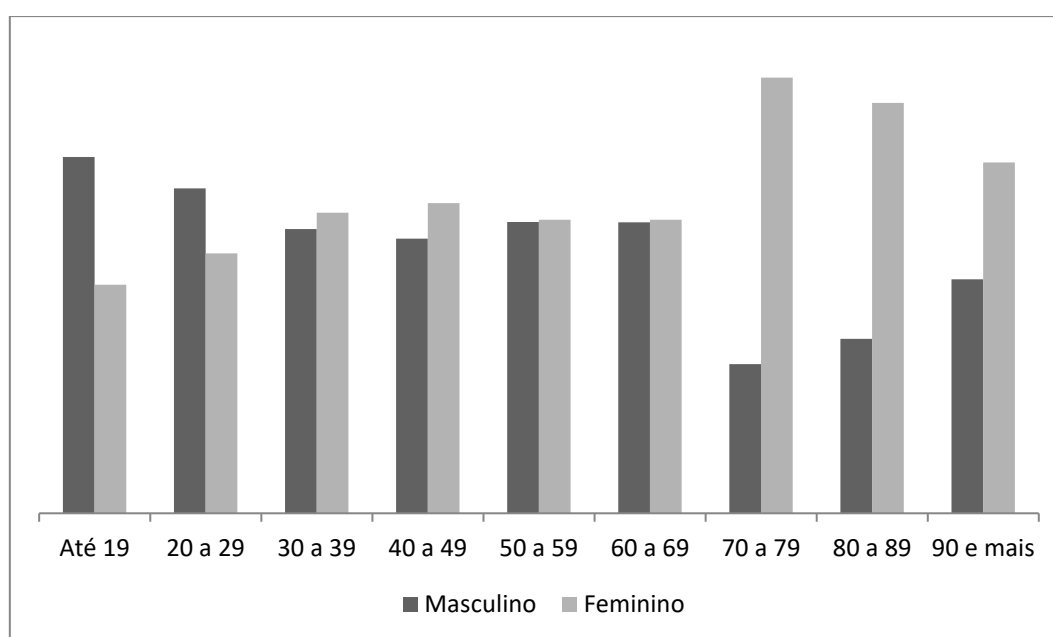
Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

Os gráficos 1 e 2 demonstram que, apesar das mudanças no critério de elegibilidade do BPC – principalmente com a inclusão da avaliação biopsicossocial da CIF, em 2009, e com a adoção do conceito de deficiência da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, em 2011 – a quantidade de amparos assistenciais concedidos não variou muito de um ano para o outro. Mesmo com as oscilações, pode-se notar que em 2010 há o maior número de concessões (207.396), um ano após implementação da avaliação médica e social, em seguida esse número tende a diminuir, atingindo o seu valor mínimo (136.698) em 2015, decorrente também do baixo número de peritos médicos à essa época. A região que mais concedeu benefícios assistenciais foi o Nordeste, logo após vem o Sudeste, Sul, Norte e Centro-Oeste.

No gráfico 3 os dados apontam que as pessoas do sexo masculino, até os 29 anos de idade, têm mais benefícios concedidos do que as do sexo feminino. Contudo, esse

perfil se inverte quando analisado os dados referentes aos beneficiários de 30 aos mais de 90 anos, idade em que as pessoas do sexo feminino se sobrepõem e têm mais benefícios concedidos, principalmente na velhice.

Gráfico 3: Distribuição proporcional de amparos concedidos, por idade e sexo do segurado (2007 – 2017)

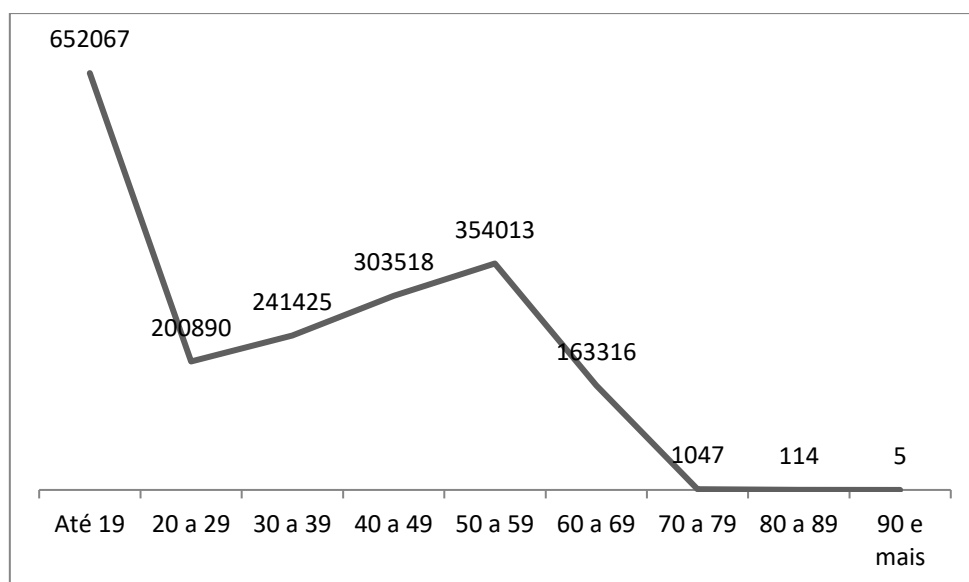


Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

Há três hipóteses para o padrão de deferimento observado no gráfico 4. A primeira é que o BPC é um benefício concedido não somente para pessoas com deficiência, mas também para idosos em situação de vulnerabilidade socioeconômica, então, pode ocorrer que, entre a parcela de beneficiários idosos, exista um número significativo de idosos também deficientes, mas que estão classificados na categoria idosos e não deficientes (PENALVA, DINIZ e MEDEIROS, 2010). A segunda hipótese é que, como por muito tempo deficiência foi entendida como incapacidade para o desempenho de atividades da vida diária e do trabalho, pessoas com deficiência menores de 16 anos automaticamente se tornavam elegíveis ao BPC, isso explicaria uma maior concentração de jovens beneficiários. A terceira remete a um predomínio maior de pobreza nas famílias com crianças deficientes, ou seja, crianças e adolescentes

seriam os maiores beneficiários porque é nessa categoria que está a maior parcela de deficientes com graves restrições de habilidades (DINIZ, SQUINCA e MEDEIROS, 2007).

Gráfico 4: Quantidade de amparos assistenciais concedidos, por idade do segurado (2007 – 2017)

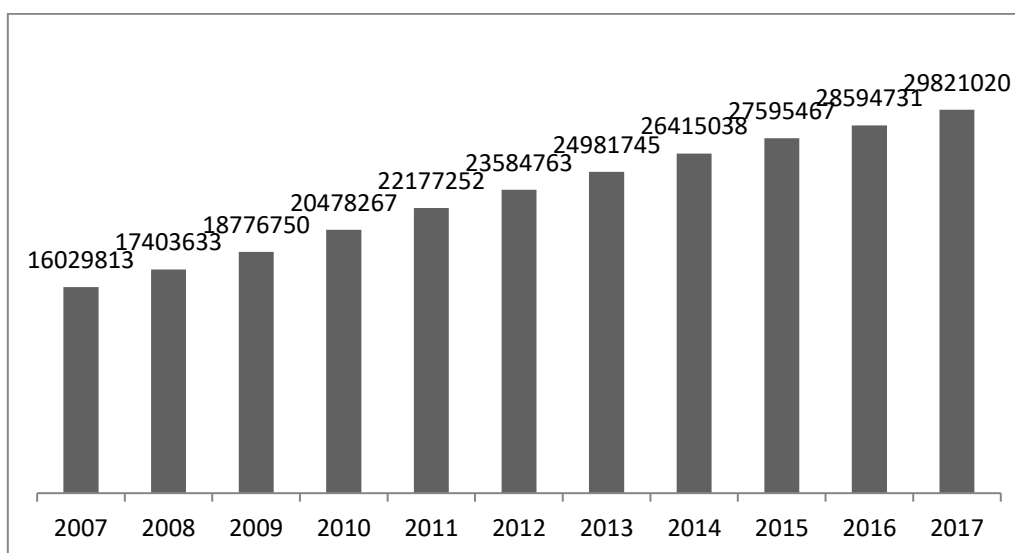


Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

2.2.2 – Benefícios Emitidos

Os benefícios assistenciais emitidos referem-se aos créditos emitidos para pagamento de benefícios, isto é, são Benefícios de Prestação Continuada – BPC que estão ativos no cadastro e para os quais são destinados créditos junto à rede pagadora de benefícios (AEPS, 2017).

Gráfico 5: Quantidade de amparos assistenciais emitidos (2007 – 2017)



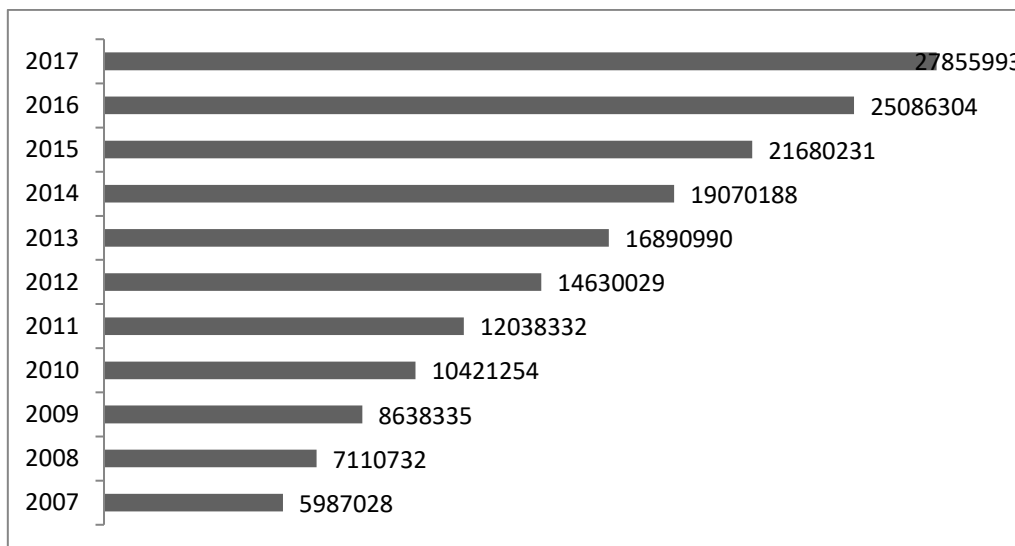
Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

Nos gráficos 5 e 6, os dados mostram que os amparos assistenciais emitidos, que se encontram ativos no cadastro e para os quais são encaminhados créditos junto à rede pagadora, cresceram ao longo dos anos. Isso significa que, mesmo lentamente e com as diversas dificuldades para se acessar o BPC, o benefício tem ampliado o seu número de beneficiários.

Segundo Duarte, Marcelino, Boccolini e Boccolini (2017), mesmo com as restrições encontradas, o impacto do BPC não pode ser menosprezado, visto que, a quantidade de brasileiros que recebem o benefício cresce e o valor gasto com essa

política aumenta, contribuindo efetivamente para a redução da desigualdade ao longo dos anos.

Gráfico 6: Valor (R\$ Mil) de amparos assistenciais emitidos (2007 – 2017)

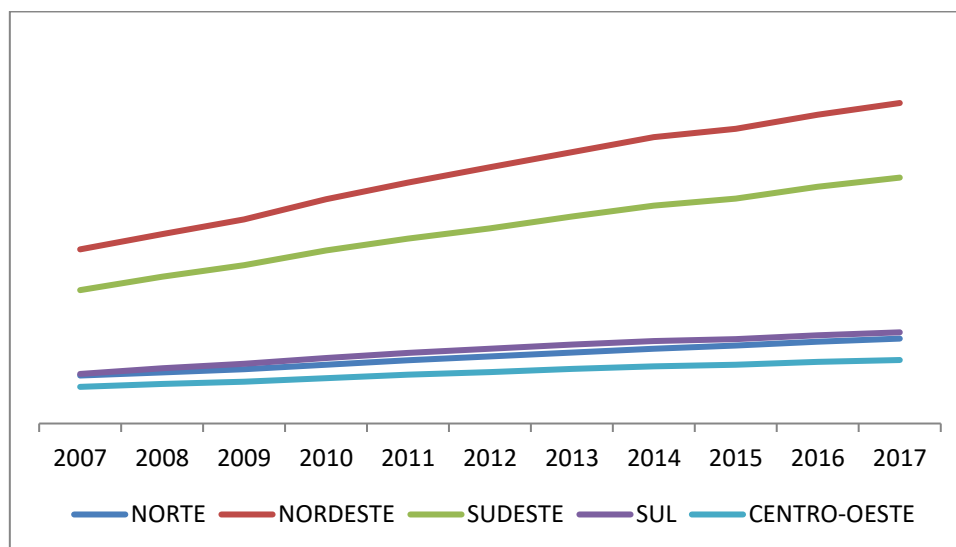


Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

O gráfico 7 revela que a região que mais emitiu amparos assistências foi o Nordeste, seguido por Sudeste, Sul, Norte e Centro-Oeste. Em todas as regiões houve crescimento no número de emissão de benefícios assistenciais ao longo dos dez anos analisados.

Para esse caso, uma hipótese é a distribuição de renda e da pobreza. De acordo com dados do IBGE (2018), em 2017, 26,9 milhões de pessoas viviam com menos de ¼ do salário mínimo, número que aumentou em mais de 1 milhão de pessoas na comparação com o ano anterior (2016). Nesse sentido, o Nordeste é a região que tem maior percentual de pessoas vivendo em extrema pobreza, um dos requisitos para a concessão do BPC.

Gráfico 7: Quantidade de amparos assistenciais emitidos, segundo as Grandes Regiões (2007 – 2017)

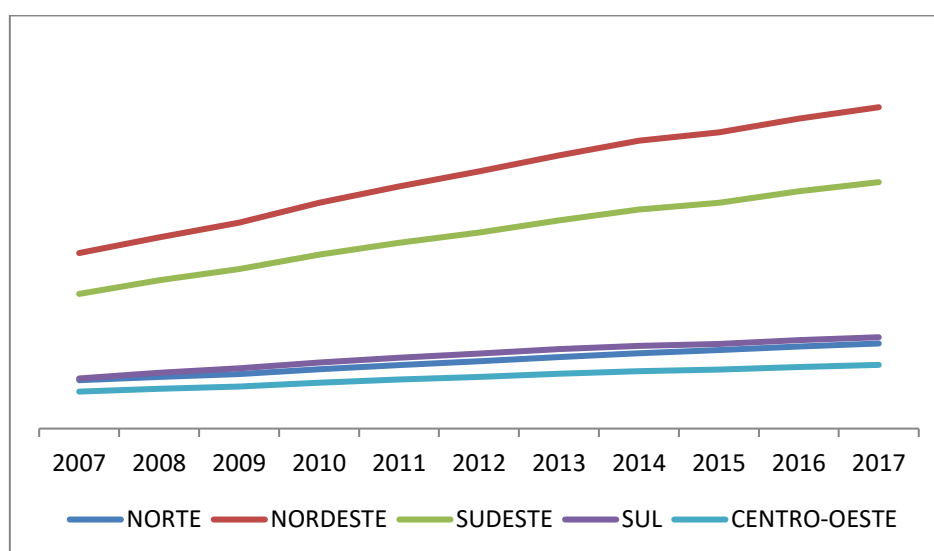


Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

2.2.3 – Benefícios Ativos

Os benefícios assistenciais ativos representam os benefícios que realmente geram pagamentos mensais ao beneficiário e, juntamente com os suspensos, compõem o contingente de benefícios do sistema previdenciário. Um benefício é incluído no cadastro logo após ser concedido, o que resulta em pagamentos mensais até que cesse o direito ao seu recebimento, exceto em casos de suspensão temporária, tais como, motivo de decisão judicial ou auditoria. Nesse caso, o benefício deverá, posteriormente, retornar à condição de ativo ou ser cessado (AEPS, 2017).

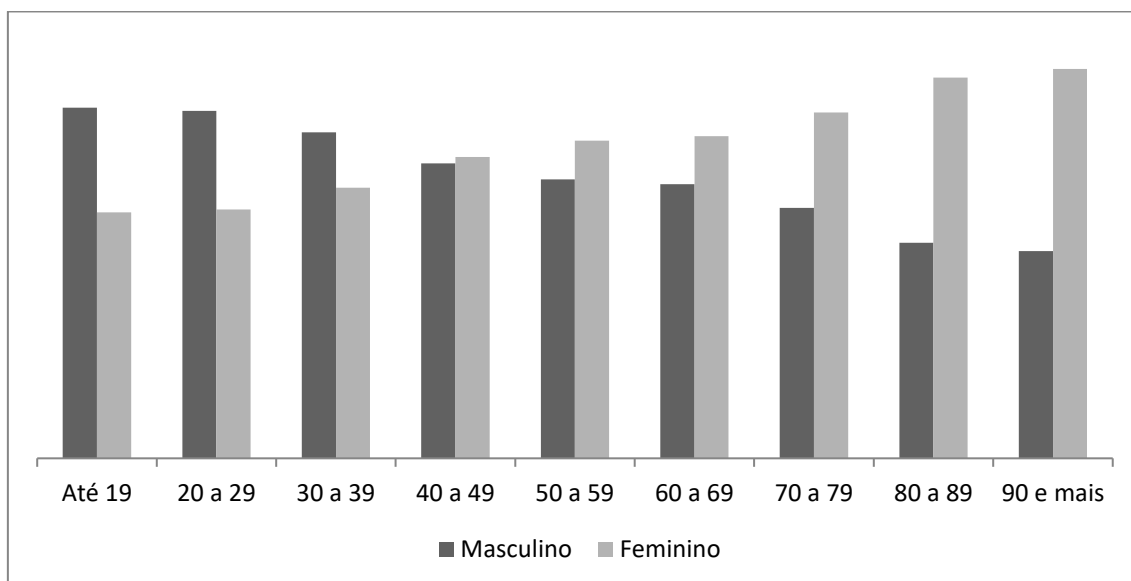
Gráfico 8: Quantidade de amparos assistenciais ativos, segundo as Grandes Regiões (2007 – 2017)



Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

O gráfico 8 mostra que, em todas as regiões, houve crescimento dos benefícios assistenciais ativos, que efetivamente geram pagamentos mensais ao beneficiário. A região que mais concentra beneficiários ativos é o Nordeste, acompanhado por Sudeste, Sul, Norte e Centro-Oeste, seguindo os mesmos padrões dos benefícios assistenciais emitidos.

Gráfico 9: Distribuição proporcional de amparos ativos, por idade e sexo do segurado (2007 – 2017)



Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

Os dados do gráfico 9 mostram que, para os segurados, a proporção de amparos ativos decresce conforme aumenta a idade. Por outro lado, para as seguradas, essa proporção cresce conforme a idade aumenta. Ou seja, até os 39 anos de idade os segurados são maioria e dos 40 anos até os mais de 90 as seguradas predominam, principalmente na velhice.

Esse fenômeno pode ser explicado pelo fato de mulheres viverem mais que homens. Segundo a OMS, em 2016, a expectativa média de vida ao nascer da população mundial era de 69 anos para homens e de 74 anos para mulheres. No Brasil, de acordo com o IBGE, a expectativa de vida ao nascer, em 2019, é de 73 anos para homens e de 80 anos para mulheres.

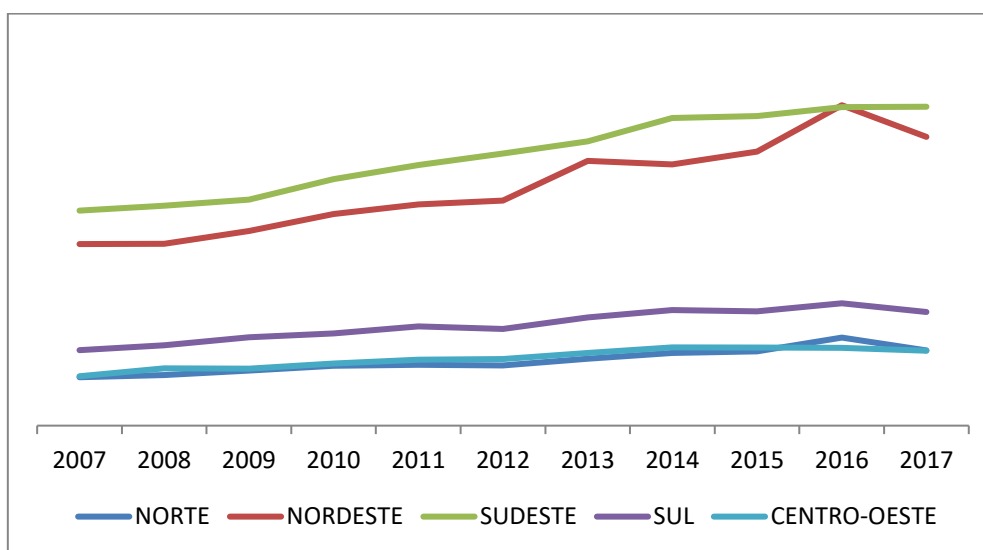
Essa diferença pode ter diversos motivos, desde fatores genéticos (GEMS, 2018), hormonais (EPEL, 2018) e/ou de ocupações e comportamento, já que existe um incentivo cultural para que homens se comportem de forma mais violenta e arriscada do que as mulheres; e que as mulheres tendem a frequentar mais os médicos do que os

homens. Há a possibilidade de que esses fatores demonstrem, de certa forma, o que está exposto no gráfico.

2.2.4 – Benefícios Cessados

Os benefícios assistenciais cessados correspondem aos casos em que o beneficiário perde o direito ao seu recebimento. Portanto, a cessação do benefício representa a saída do beneficiário do sistema previdenciário (AEPS, 2017).

Gráfico 10: Quantidade de amparos assistenciais cessados, segundo as Grandes Regiões (2007 – 2017)



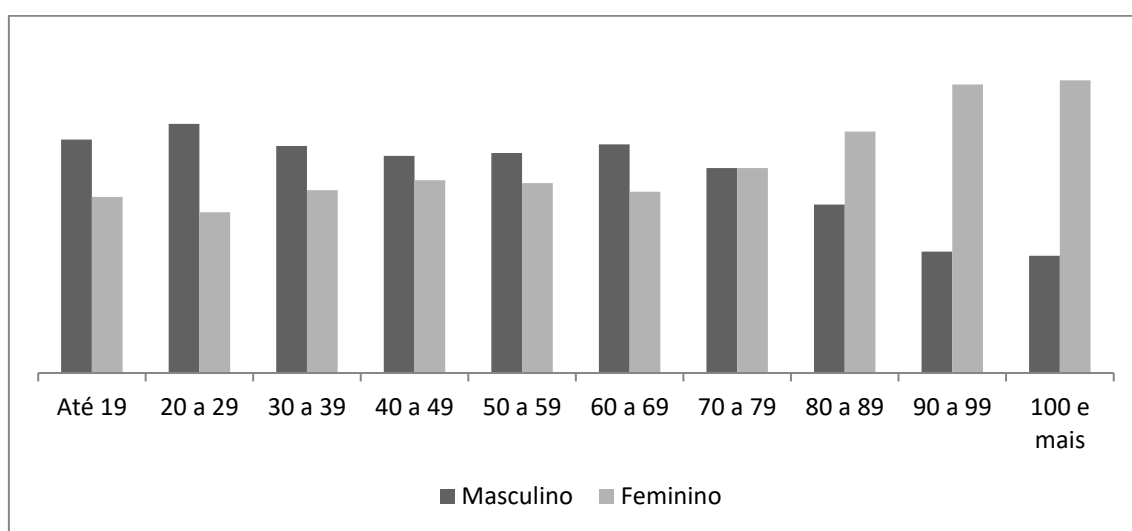
Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

Os dados do gráfico 10 revelam que o Sudeste foi a região que mais cessou benefícios assistenciais, em seguida tem-se o Nordeste, Sul, Centro-Oeste e Norte. Além disso, todas as regiões seguem uma tendência de aumento de benefícios cessados, com poucas oscilações e um leve pico em 2016.

Ressaltam-se aqui dois aspectos: o primeiro é que, apesar de o Nordeste se sobressair em quase todas as estatísticas, nesses dados a região fica atrás do Sudeste. O segundo aspecto é que o BPC é um benefício revisto periodicamente a cada dois anos, com o intuito de se averiguar se o beneficiário ainda preenche todos os requisitos de manutenção. Desde o governo Temer, houve diversas medidas de incentivo ao corte do

benefício, como a Proposta de Emenda Constitucional - PEC nº 287/2016, da contrarreforma da Previdência Social, em que uma das justificativas era a necessidade de revisar os critérios do BPC para não gerar incentivos inadequados, ou o Decreto nº 8.805/2016, que garantia o direito à avaliação da deficiência somente a pessoa que atendesse ao critério de renda (STOPA, 2019).

Gráfico 11: Distribuição proporcional de amparos cessados, por idade e sexo do segurado (2007 – 2017)



Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

O gráfico 11 aponta que, até os 69 anos de idade, os segurados são os que mais têm benefícios cessados, porém, a partir dos 80 anos as seguradas são as que mais têm benefícios cessados.

Para a análise desses dados existem duas hipóteses: a primeira é a de morte do segurado, em que automaticamente o benefício é cessado, logo, retomando a discussão sobre a expectativa de vida (IBGE, 2018), a diferença entre idades de cessação do benefício para segurados e seguradas se explica. E a segunda é a de que a renda *per capita* familiar do segurado tenha ultrapassado $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, cessando assim o benefício.

2.2.5 – Perícias Médicas

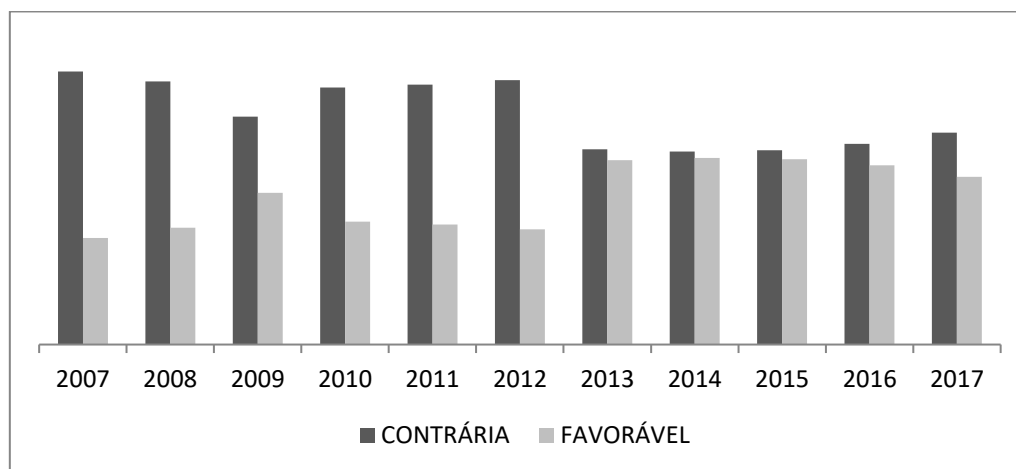
O perito médico é o profissional que detém a responsabilidade legal e o conhecimento técnico em ciência médica, legislação previdenciária e profissiografia, e que avalia as condições de saúde do requerente e/ou segurado frente à atividade declarada, emitindo um parecer conclusivo sobre a capacidade laboral e/ou a caracterização de invalidez para fins previdenciários. Sendo assim, a perícia médica faz parte dos processos de concessão dos benefícios (AEPS, 2017).

A partir da Lei nº 10.876, de junho de 2004, que criou a carreira de perito médico, houve a contratação de 2.500 novos peritos médicos por concurso público e em fevereiro de 2006 os peritos médicos do Quadro de Pessoal do INSS eram os únicos responsáveis pela realização dos exames periciais (AEPS, 2009).

No entanto, é importante destacar que o INSS vem perdendo força de trabalho médico pericial em decorrência da redução do quadro de peritos por exonerações e/ou aposentadorias, sem a devida reposição dos profissionais, em virtude da não autorização de concurso público. No início de 2015 havia 4.568 peritos médicos e ao fim do ano, somente 4.330. Juntamente a isso, somam-se os movimentos de paralisação dos servidores da Carreira do Seguro Social e dos Peritos Médicos Previdenciários em julho desse mesmo ano, o que refletiu diretamente no atendimento pericial, pois, com a falta de servidores para desempenharem as atividades administrativas anteriores às perícias, muitas vezes não houve o atendimento agendado (AEPS, 2015).

O cenário acima ainda se mantém. Em janeiro de 2016, havia 4.320 peritos médicos e no final do ano, 4.089. No início de 2017 existiam 4.080 peritos médicos e ao final do ano, somente 3.865. Segundo o AEPS (2017), desde 2007, nunca houve um número tão reduzido desses profissionais e esse fator tem impacto direto no número de perícias realizadas.

Gráfico 12: Distribuição proporcional de exames médico-periciais, por tipo de conclusão (2007 – 2017)



Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

O gráfico 12 aponta que os exames médico-periciais contrários à concessão do BPC predominaram significativamente de 2007 a 2012. A partir de 2013, a diferença entre a proporção ‘conclusão contrária’ e ‘conclusão favorável’ cai expressivamente. Os exames médico-periciais favoráveis à concessão do BPC oscilaram levemente de 2007 a 2012 e cresceram nos anos seguintes, mantendo-se praticamente estáveis.

Isso demonstra que, apesar da adoção do modelo de avaliação biopsicossocial, em 2009, e das mudanças do conceito de deficiência, em 2011 e 2015, os critérios de avaliação da deficiência não se ampliaram, visto que, ainda há uma classificação e delimitação corporal para o significado de deficiência (nenhuma, leve, moderada e grave).

Os gráficos 13 e 14 mostram que o número de negativas médicas para a concessão do BPC atingiu o seu valor máximo em 2008 e o seu valor mínimo em 2015, período em que diminui significativamente o número de peritos médicos; e que houve uma elevação nos resultados favoráveis em 2013, 2014 e 2016. Com exceção dos anos aqui citados, os valores oscilam, mas não há nenhuma ascensão ou queda brusca nos dois casos.

**Gráfico 13: Quantidade de exames médico-periciais contrários à concessão do BPC
(2007 - 2017)**



Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

**Gráfico 14: Quantidade de exames médico-periciais favoráveis à concessão do BPC
(2007 - 2017)**

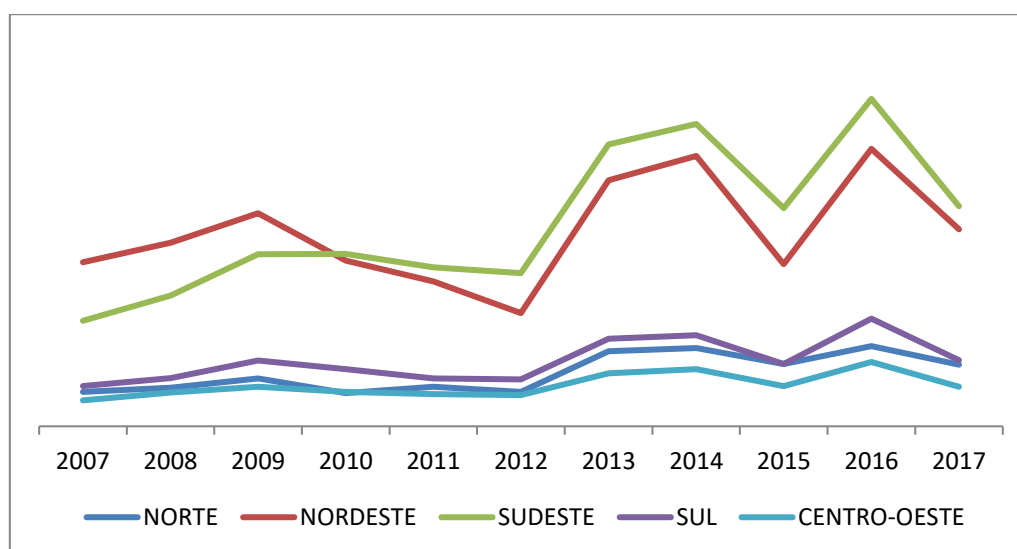


Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

O gráfico 15 aponta que o Sudeste, após 2009, foi a região que mais teve resultados médico-periciais favoráveis para a concessão do BPC, seguido por Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste. Além disso, os dados mostram que esses resultados favoráveis apresentaram picos mínimos em 2012, 2015 e 2017.

Enfatiza-se aqui que, mesmo com o Nordeste se sobressaindo em quase todas as estatísticas e tendo maior quantidade de exames médico-periciais realizados para a concessão do BPC, nesses dados a região fica atrás do Sudeste.

Gráfico 15: Quantidade de exames médico-periciais favoráveis à concessão do BPC, segundo as Grandes Regiões (2007 - 2017)



Fonte: AEPS, 2009 – 2017.

Considerações Finais

Entender deficiência é assimilar que impedimentos corporais não se restringem aos aspectos biológicos, mas incluem estruturas, práticas e valores sociais, que podem limitar a capacidade das pessoas com deficiência em participar efetivamente da sociedade em igualdade de condições com as pessoas não deficientes.

Algumas expressões da deficiência não precisam somente de adequações e adaptações nos espaços e valores sociais, mas de políticas públicas de proteção social que assegurem e garantam direitos básicos que protejam a dignidade humana e tratem com mais igualdade as pessoas com deficiência.

Nesse sentido, os princípios de igualdade e justiça que respaldam a concessão e elegibilidade ao BPC, como política de transferência de renda, têm como objetivo eliminar a desigualdade e opressão social que as pessoas com deficiência experimentam ao enfrentarem situações de extrema vulnerabilidade econômica.

Logo, a avaliação das pessoas com deficiência para a concessão do BPC deve considerar não só as condições do corpo e de saúde, mas também as condições ambientais e sociais que impactam diretamente na determinação da experiência da deficiência.

Isso torna a inclusão da CIF pela legislação do BPC, em 2007, a promulgação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas, em 2009, e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, em 2015, marcos importantes, não só pelo estabelecimento de novas diretrizes para a avaliação dos(as) requerentes do benefício assistencial, mas por inovarem no modo de identificação do corpo com impedimentos e sua relação com as sociedades.

Entretanto, a pesquisa aqui desenvolvida mostra que as alterações feitas na legislação do BPC, que mudaram os critérios de avaliação da pessoa com deficiência para a concessão do benefício assistencial, não modificaram a estrutura de exclusão e de delimitação da deficiência, dado que corpos com impedimentos permanecem sendo classificados por narrativas biomédicas, ao se limitar que os impedimentos devam ser de

longo prazo e que produzam efeitos de no mínimo dois anos, e não há efetiva avaliação das questões contextuais dos(as) requerentes.

A integração dos fatores contextuais, ambientais e sociais, nos critérios de elegibilidade ao BPC, não tem mostrado significativas mudanças na transformação dos limites excludentes sob os quais está regulamentado o BPC. Isso ocorre porque a legislação do benefício assistencial “não remete o(a) requerente à contextualização das mudanças recentes no mundo do trabalho, à financeirização do capital e à mercantilização das políticas públicas, que ocasionam desemprego, precarização do trabalho, redução da proteção social [...]” (BIM e MUROFUSE, 2014, p. 362).

Outra condição também percebida na pesquisa, que pode explicar a permanência da estrutura restritiva do BPC, é a manutenção da renda *per capita* familiar inferior a ¼ do salário mínimo vigente como regra definitiva para a concessão e manutenção do benefício. Silva e Diniz (2012) afirmam que não há motivos objetivos que fundamentem por que foi esse o valor de renda estabelecido pela LOAS. Em todo caso, nunca houve modificações legislativas acerca desse critério.

Esse estudo também demonstra que, sempre que ocorreu alguma alteração nos critérios de elegibilidade ao BPC, que visasse ampliar a política, a mudança veio acompanhada de alguma regra que restringia o acesso. A determinação que qual deficiência seria elegível ao benefício explicita que, mesmo com a implementação da CIF – que inova ao propor a avaliação biopsicossocial da deficiência, e da promulgação da Convenção da ONU – que conceitua constitucionalmente o que é deficiência, os aspectos biológicos sempre determinaram quem iria conseguir acessar ou não o BPC. Ainda, a delimitação de que a renda *per capita* familiar seja inferior a ¼ do salário mínimo mostra que essa é uma política extremamente focalizada, que se limita a quem se encontra em situação de extrema miséria e pobreza.

A inclusão da CIF na avaliação da deficiência ocorreu com o intuito de se desenvolver um instrumento que ampliasse a uniformização de critérios na concessão do BPC. Dos itens que dispõe a CIF, foram escolhidos os que eram mais específicos quanto à existência de deficiências da função ou da estrutura do corpo, da limitação da execução de atividades e das restrições da participação social. (BRASIL, 2007). Mas, apesar da regulamentação do modelo biopsicossocial e da funcionalidade e incapacidade

humana passem a ser entendidas como uma interação entre as condições de saúde e os fatores contextuais, ela não modificou os parâmetros da incapacidade para o trabalho e para a vida independente presente na LOAS. Isto é, deficiência permanece vinculada aos aspectos biológicos.

Quando há a promulgação da Convenção da ONU, em 2009, é instituída uma definição constitucional para pessoas com deficiência: aquela que tem impedimentos de longo prazo, os quais, em interação com barreiras, podem obstruir sua participação efetiva na sociedade em igualdade de condições com outras pessoas (BRASIL, 2009). A Lei nº 12.435/2011 incorpora esse conceito aos critérios de elegibilidade ao BPC, mas, através da Lei nº 12.470/2011, especifica que impedimentos de longo prazo são aqueles que produzem efeitos pelo prazo mínimo de dois anos (BRASIL, 2011).

Dessa forma, pode-se perceber que integrar as diretrizes e princípios da CIF e da Convenção da ONU não resultou em grande ampliação do BPC. A LOAS adiciona classificações e conceitos difundidos mundialmente, mas não se nota a aplicação prática e efetiva desses conceitos. A legislação brasileira, ao passo que pretende avançar com a incorporação de considerações recentes sobre o tema, em geral acrescenta algum critério que restringe e impacta diretamente o possível acesso de inúmeros usuários.

Para mudar essa realidade e ampliar, de fato, o acesso e a elegibilidade ao BPC, seria necessário que Estado e sociedade, juntos, se comprometessem a adequar o benefício assistencial à realidade brasileira, alterando critérios, como a inferioridade a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, para a concessão do benefício assistencial e implementando as diretrizes da CIF e os princípios da Convenção da ONU, que flexibilizam o conceito de deficiência. Além de outras ações necessárias, essas duas alterações já promoveriam significativamente maior e mais democrático acesso ao BPC.

Referências Bibliográficas

A CONVENÇÃO SOBRE DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA COMENTADA / Coordenação de Ana Paula Crosara Resende e Flavia Maria de Paiva Vital _ Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoas Portadora de Deficiência, 2008.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL 2009 / Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – Ano 1 (1988/1992) – Brasília: MPS/DATAPREV.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL 2010 / Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – Ano 1 (1988/1992) – Brasília: MPS/DATAPREV.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL 2011 / Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – Ano 1 (1988/1992) – Brasília: MPS/DATAPREV.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL 2012 / Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – Ano 1 (1988/1992) – Brasília: MPS/DATAPREV.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL 2013 / Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – Ano 1 (1988/1992) – Brasília: MPS/DATAPREV.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL 2014 / Ministério do Trabalho e Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – Ano 1 (1988/1992) – Brasília: MTPS/DATAPREV.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL 2015 / Ministério da Fazenda, Secretaria de Previdência, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência – Ano 1 (1988/1992) – Brasília: MF/DATAPREV.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL 2016 / Ministério da Fazenda, Secretaria de Previdência, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência – Ano 1 (1988/1992) – Brasília: MF/DATAPREV.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL 2017 / Ministério da Fazenda, Secretaria de Previdência, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência – Ano 1 (1988/1992) – Brasília: MF/DATAPREV.

AVALIAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PARA ACESSO AO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL: UM NOVO INSTRUMENTO BASEADO NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE / Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Previdência Social. __ Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Previdência Social, 2007.

AVALIAÇÃO DOS DADOS CADASTRAIS DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) UTILIZADOS PARA A CONCESSÃO E MANUTENÇÃO DOS BENEFÍCIOS / Secretaria Federal de Controle Interno. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2018.

BIM, Miriam Cláudia Spada; CARVALHO, Manoela de; MUROFUSE, Neide Tiemi. **Análise dos modelos de avaliação de requerentes ao benefício de prestação continuada: 2006 a 2012.** Rev. katálysis, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 22-31, June 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802015000100022&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de julho de 2019.

BIM, Miriam Cláudia Spada; MUROFUSE, Neide Tiemi. **Benefício de Prestação Continuada e perícia médica previdenciária: limitações do processo.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, p. 339-365, June 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de julho de 2019.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Brasil: CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 18 de junho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 1.744, DE 8 DE DEZEMBRO DE 1995.** Brasil: REGULAMENTA O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA E AO IDOSO, 1995. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D1744.htm. Acesso em 09 de junho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 1.605, DE 25 DE AGOSTO DE 1995.** Brasil: REGULAMENTA O FUNDO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, INSTITUÍDO PELA LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/decreto/1995/D1605.htm. Acesso em 09 de junho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 2.529, DE 25 DE MARÇO DE 1998.** Brasil: DISPÕE SOBRE A TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – FNAS, PARA OS FUNDOS ESTADUAIS, DO DISTRITO FEDERAL E MUNICIPAIS, E SUA RESPECTIVA PRESTAÇÃO DE CONTAS, NA FORMA ESTABELECIDADA NA LEI Nº 9.604, DE 5 DE FEVEREIRO DE 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/decreto/D2529.htm. Acesso em 09 de junho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 3.048, DE 6 DE MAIO DE 1999.** Brasil: APROVA O REGULAMENTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm. Acesso em 09 de junho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 4.360, DE 5 DE SETEMBRO DE 2002.** Brasil: ALTERA O ART. 36 DO DECRETO Nº 1.744, DE 8 DE DEZEMBRO DE 1995, QUE REGULAMENTA O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DEVIDO A PESSOAS PORTADORA DE DEFICIÊNCIA E A IDOSA, DE QUE TRATA A LEI

Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4360.htm. Acesso em 09 de junho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 4.712, DE 29 DE MAIO DE 2003.** Brasil: DÁ NOVA REDAÇÃO AO ART. 36 DO DECRETO Nº 1.744, DE 8 DE DEZEMBRO DE 1995, QUE REGULAMENTA O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DEVIDA A PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA E A IDOSO, DE QUE TRATA A LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4712.htm#art1. Acesso em 09 de junho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 6.135, DE 26 DE JUNHO DE 2007.** Brasil: DISPÕE SOBRE O CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS DO GOVERNO FEDERAL E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6135.htm. Acesso em 10 de junho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 6.214, DE 26 DE SETEMBRO DE 2007.** Brasil: REGULAMENTA O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL DEVIDO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA E AO IDOSO DE QUE TRATA A LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993, E A LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003, ACRESCE PARÁGRAFO AO ART. 162 DO DECRETO Nº 3.048, DE 6 DE MAIO DE 1999, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6214.htm#art4. Acesso em 09 de junho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 6.564, DE 12 DE SETEMBRO DE 2008.** Brasil: ALTERA O REGULAMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, APROVADO PELO DECRETO Nº 6.214, DE 26 DE SETEMBRO DE 2007, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6564.htm#art1. Acesso em 10 de junho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 6.949, DE 25 DE AGOSTO DE 2009.** Brasil: PROMULGA A CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E SEU PROTOCOLO FACULTATIVO, ASSINADOS EM NOVA YORK, EM 30 DE MARÇO DE 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em 10 de julho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 7.617, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011.** Brasil: ALTERA O REGULAMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, APROVADO PELO DECRETO Nº 6.214, DE 26 DE SETEMBRO DE 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7617.htm#art1. Acesso em 10 de junho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 7.788, DE 15 DE AGOSTO DE 2012.** Brasil: REGULAMENTA O FUNDO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, INSTITUÍDO PELA LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7788.htm. Acesso em 09 de junho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 8.789, DE 29 DE JUNHO DE 2016.** Brasil: DISPÕE SOBRE O COMPARTILHAMENTO DE DADOS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8789.htm. Acesso em 10 de junho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 8.805, DE 7 DE JULHO DE 2016.** Brasil: ALTERA O REGULAMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, APROVADO PELO DECRETO Nº 6.214, DE 26 DE SETEMBRO DE 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8805.htm#art1. Acesso em 10 de junho de 2019.

_____. **DECRETO Nº 9.462, DE 8 DE AGOSTO DE 2018.** Brasil: ALTERA O REGULAMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, APROVADO PELO DECRETO Nº 6.214, DE 26 DE SETEMBRO DE 2007, E O DECRETO Nº 6.135, DE 26 DE JUNHO DE 2007, QUE DISPÕE SOBRE O CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS DO GOVERNO FEDERAL – CADÚNICO.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9462.htm#art6. Acesso em 10 de junho de 2019.

_____. **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016.** Brasil: ALTERA O ATO DAS DISPOSIÇÕES CONSTITUCIONAIS TRANSITÓRIAS, PARA INSTITUIR O NOVO REGIME FISCAL, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em 15 de novembro de 2018.

_____. **LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993.** Brasil: DISPÕE SOBRE A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Leis/L8742.htm. Acesso em 09 de junho de 2019.

_____. **LEI Nº 9.720, DE 30 DE NOVEMBRO DE 1998.** Brasil: DÁ NOVA REDAÇÃO A DISPOSITIVOS DA LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9720.htm#art1. Acesso em 11 de novembro de 2018.

_____. **LEI Nº 12.435, DE 6 DE JULHO DE 2011.** Brasil: ALTERA A LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm. Acesso em 12 de julho de 2019.

_____. **LEI Nº 12.470, DE 31 DE AGOSTO DE 2011.** Brasil: ALTERA A LEI Nº 8.212, DE 24 DE JULHO DE 1991; ALTERA A LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991; ALTERA A LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1991; E ALTERA A LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12470.htm. Acesso em 12 de julho de 2019.

_____. **LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015.** Brasil: INSTITUI A LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA). Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm#art2%C2%A72. Acesso em 10 de junho de 2019.

_____. **MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1.473-34, DE 11 DE AGOSTO DE 1997.** Brasil: DÁ NOVA REDAÇÃO A DISPOSITIVOS DA LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/1996-2000/1473-34.htm. Acesso em 10 de julho de 2019.

_____. **PORTARIA CONJUNTA - MDSA/INSS Nº 1 DE 03.01.2017.** Brasil: REGULAMENTA REGRAS E PROCEDIMENTOS DE REQUERIMENTO, CONCESSÃO, MANUTENÇÃO E REVISÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – BPC, 2017. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Portariaconjunta-mdsa-inss-1-2017.htm>. Acesso em 15 de novembro de 2018.

BUSSAB, Wilton de O.; MORETTIN, Pedro A. **Estatística Básica.** –5. Ed. – São Paulo: Saraiva, 2003.

CONCEPÇÃO E GESTÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL NÃO CONTRIBUTIVA NO BRASIL. – Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009.

COSTA, Nilson do Rosário et al. **Proteção social e pessoa com deficiência no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3037-3047, Oct. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003037&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 de julho de 2019.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto** / John W Creswell; tradução Magda Lopes; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino dos. **Deficiência, direitos humanos e justiça.** Sur, Rev. int. direitos human., São Paulo, v. 6, n. 11, p. 64-77, Dec. 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452009000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 de julho de 2019.

DINIZ, Debora. **O que é deficiência** / Debora Diniz. - - São Paulo: Brasiliense, 2007. - (Coleção Primeiros Passos; 342).

DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. **Qual deficiência?: perícia médica e assistência social no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2589-2596, Nov. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 de julho de 2019.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; SQUINCA, Flávia. **Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2507-2510, Oct. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000025&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 de julho de 2019.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. **O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade**. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 11, n. 2, p. 324-335, June 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 de julho de 2019.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais et al. **Proteção social e política pública para populações vulneráveis: uma avaliação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3515-3526, Nov. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103515&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 de julho de 2019.

MARIANO, Cynara Monteiro. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gatos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre**. Revista de Investigações Constitucionais, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281,

jan./abr. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/50289-195745-1-PB.pdf>. Acesso em 28 de novembro de 2018.

MACEDO, Alano do Carmo; OLIVEIRA, Lucia Conde de. **Benefício de prestação continuada: perspectivas na avaliação médico-social**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 32-40, June 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802015000100032&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de julho de 2019.

MEDEIROS, Marcelo. (Org.). **Deficiência e Igualdade** / Debora Diniz, Marcelo Medeiros, Livia Barbosa (Organizadores) – Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010. 248p.

MDS. **Assistência Social – Benefícios Assistenciais**. Brasil: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2015. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais>. Acesso em 15 de novembro de 2015.

_____. **Assistência Social – O que é**. Brasil: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2015. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/o-que-e>. Acesso em 15 de novembro de 2015.

_____. **Assistência Social – Serviços e Programas**. Brasil: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2015. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/servicos-e-programas>. Acesso em 15 de novembro de 2015.

_____. **Benefício assistencial ao idoso e à pessoa com deficiência (BPC)**. Brasil: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2015. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais/bpc>. Acesso em 06 de outubro de 2018.

_____. **BPC no Cadastro Único**. Brasil: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2015. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais/bpc/bpc-no-cadunico>. Acesso em 10 de outubro de 2018.

_____. **BPC – Guia para Técnicos e Gestores da Assistência Social**. Brasil: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2018. Disponível em: <http://mds.gov.br>. Acesso em 10 de julho de 2019.

OMS. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP; 2003, 325p.

PENALVA, Janaína; DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. **O Benefício de Prestação Continuada no Supremo Tribunal Federal**. Soc. estado., Brasília, v. 25, n. 1, p. 53-70, Apr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922010000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de julho de 2019.

PORTAL VERMELHO. **Pente-fino em programas sociais é estratégia para dificultar acesso**. Brasil: PORTAL VERMELHO, 2018. Disponível em: <http://www.vermelho.org.br/noticia/310151-1>. Acesso em 15 de novembro de 2018.

RUARO, João A. et al. **Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil : uma década de história**. Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 16, n. 6, p. 454-462, Dec. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552012000600003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 de julho de 2019.

SANTOS, Wederson Rufino dos. **Assistência social e deficiência no Brasil: o reflexo do debate internacional dos direitos das pessoas com deficiência**. Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 13, n. 1, p. 80-101, jul/dez. 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10440>. Acesso em 12 de julho de 2019.

SANTOS, Wederson Rufino dos. **Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas?**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 787-796, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de julho de 2019.

SILVA, Naiane Louback da. **A judicialização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 111, p. 555-575, Sept. 2012.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 de julho de 2019.

SILVA, Sheyla Suely de Souza. **Contradições da Assistência Social no governo "neodesenvolvimentista" e suas funcionalidades ao capital**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 113, p. 86-105, Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 de julho de 2019.

SILVA, Janaína Lima Penalva da; DINIZ, Debora. **Mínimo social e igualdade: deficiência, perícia e benefício assistencial na LOAS**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 262-269, Dec. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802012000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de julho de 2019.

SÍNTESE DE INDICADORES SOCIAIS: UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA 2018 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

STOPA, Roberta. **O direito constitucional ao Benefício de Prestação Continuada (BPC): o penoso caminho para o acesso**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 135, p. 231-248, ago. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-662820190002000231&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 de julho de 2019.

VAITSMAN, Jeni; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência: barreiras de acesso e lacunas intersetoriais**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3527-3536, Nov. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103527&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de julho de 2019.

